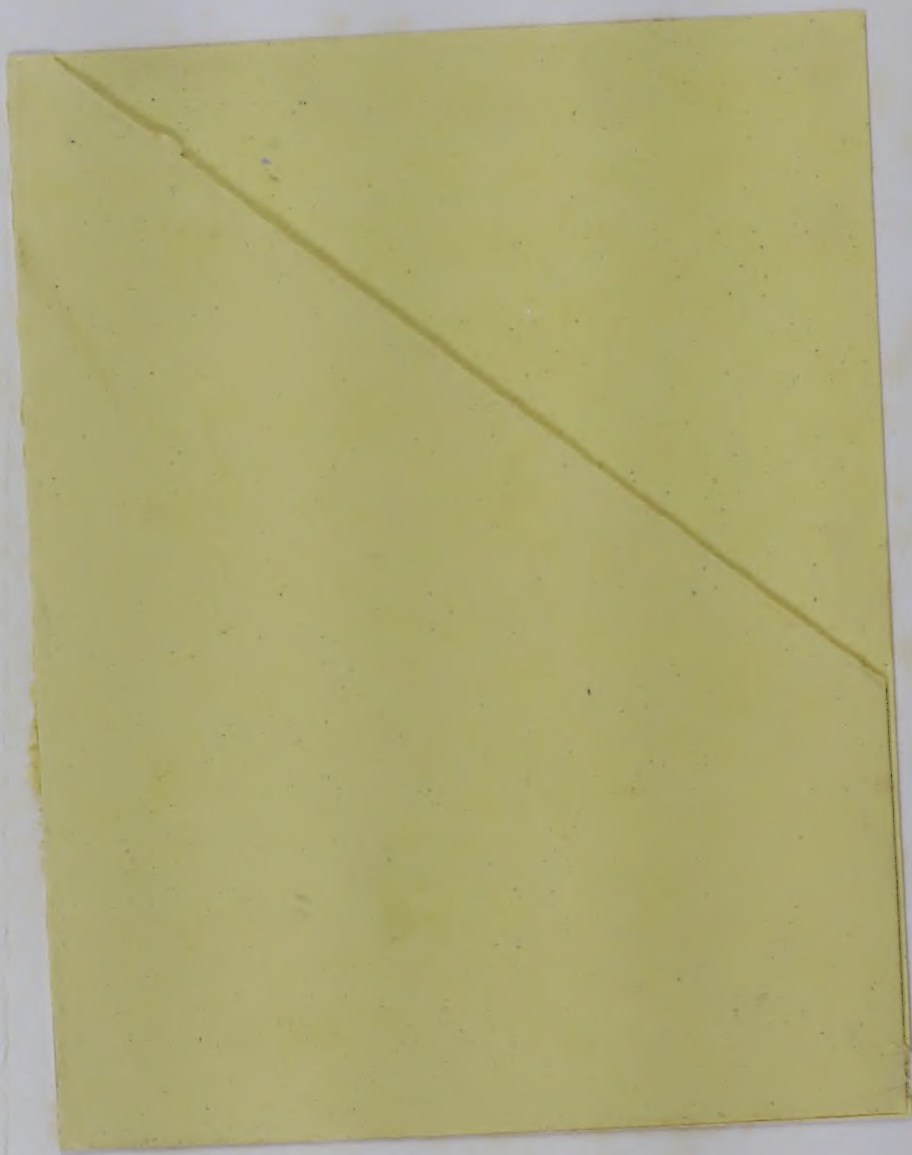




CONCEPTS

CPHE



TO THE INTELLIGENT NON-EXPERT

AU NON-EXPERT INTELLIGENT

COMMUNITY HEALTH CELL

INDEX

Handwritten signature

COMMUNITY HEALTH CELL
326, V Main, 1 Block
Koramangala
Bangalore-560034
India

323

	page		
Preamble	3	Préambule	
Medecine as a vehicle of true charity	5	La médecine, véhicule de la vraie charité	
On the promotion of tropical health	7	Au sujet de la promotion de santé tropicale	
The Messiah complex	9	Le complexe messianique	
A spell of service abroad	11	Une période de service outremer	
Medical care – function and qualities	13	Les soins médicaux – définition et qualités	
Factors in economic change	15	Les agents de changement socio-économique	
The indirect attack	17	L'attaque indirecte	
The direct attack	19	L'attaque directe	
The case of tetanus	21	Le cas du tétanos	
The truth about leprosy	23	La vérité sur la lèpre	
The pattern of health service	25	Le modèle du service de santé	
Voluntary agencies and national health	27	Les organismes volontaires et les services nationaux	
The Health Centre – definition and work	29	Le Centre de Santé – définition et travail	
The Health Centre – Staff	31	Le Centre de Santé – le personnel	
The Health Centre – Economics	33	Le Centre de Santé – le coût	
The Under-fives Clinic	35	Les consultations des Sous-cinqs	
The African schoolchild	37	L'écolier africain	
Avoiding a catastrophe	39	Prévenir une catastrophe	
Function of a hospital	41	L'hôpital et sa fonction	
The skill pyramid	43	La pyramide d'expertise	
Mud-wattle, dieldrin and whitewash	45	Le pisé de terre dieldriné plâtré	
Incidental health education	47	L'éducation sanitaire incidentelle	
Exploring the health gap	49	Examen du vacuum sanitaire	
Closing the health gap	51	Compléter les lacunes sanitaires	
Employment conditions	53	Les conditions d'emploi	
To the future oversea doctor	55	Au futur médecin d'outremer	
To managers of private hospitals	57	Aux dirigeants d'hôpitaux privés	
Development cooperation	59	La coopération au développement	
Realisation of a new approach	61	Un engagement dans de nouvelles voies	
Why Medicus Mundi?	62	Pourquoi Medicus Mundi?	
Useful addresses	63	Adresses utiles	
Acknowledgement	64	Hommage	

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not only the absence of disease or infirmity.”

„The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being, without distinction of race, religion, political belief or economic or social condition.”

Constitution of the World Health Organization: Preamble.

„It is evident that human solidarity and christian brotherhood summon all peoples to help each other efficiently and in every way possible.”

John XXIII: Mater et Magistra

„La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.”

„La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.”

Préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé.

„Il est évident que la solidarité humaine et la fraternité chrétienne demandent aux peuples de s'aider efficacement et de mille manières les uns les autres.”

Jean XXIII: Mater et Magistra

MEDICINE AS A VEHICLE OF TRUE CHARITY

LA MÉDECINE COMME VÉHICULE DE LA VRAIE CHARITÉ

Mes frères les malades vous guérir

*Mes frères
les malades
encore un peu de patience
un peu de persévérance.
Ce qui attend derrière la porte
ce n'est pas la mort
mais l'existence.
Derrière la porte, le monde
le monde plein d'éclats et de cris.
Vous vous souleverez de votre lit
vous partirez,
de nouveau vous découvrirez
le goût du pain
du sel et du soleil*

Narius Hikmet

*My sick brothers, you will be
healed.*

COMH 340

We believe there is no perfection except that which is founded on charity (I Cor. 13). To be genuine, charity has to express itself in social justice while service must reveal professional competence. Whether a physician is a fellow of Medicus Mundi or not he should be engaged according to the generosity of his heart, whereas his efficiency will depend on the measure of good judgement of his brain.

This booklet intends to remind those who take an interest in the exercise of this labour of some of the results of recent experience and of principles necessary for good performance.

The editors of these pages do not think so much in terms of specific christian denominations, not because they are not aware of the variations, but because a professional conscience has its own values.

Some support must be given, however, to „vocation“ as distinct from „profession“; more ample support for those who are not wedged in by values such as personal advancement, seniority or comfort.

We admire the missionary for his identification with a foreign environment and for the message which he carries; we too have high values to offer but we want to be silent missionaries recognizable only by the work of their hands.

Our profession requires its own inspiration and its own techniques. To be worthwhile it should not be hampered by political or confessional strings and it should be beyond mere good intentions.

Medicus Mundi always aspires at a commitment.

Il n'y a de perfection que dans la charité (I Cor. 13). Mais comme la charité n'est authentique que se réalisant dans la Justice, le service n'est efficace qu'en se traduisant en compétence professionnelle. Le médecin, membre de Medicus Mundi ou autre, s'engagera certes à la dimension de sa générosité de coeur, mais son travail sera évalué à la mesure du bon jugement de son cerveau.

Cette édition cherche à rappeler ceux qui s'engagent généreusement, en plus des éléments provenant de l'expérience, de quelques principes soucieux de l'efficacité.

Même pour les auteurs de ces pages, aucune étiquette chrétienne n'ajoutera à une conscience médicale qui aurait déjà une valeur et une richesse en soi. Tout en respectant les valeurs professionnelles, ils croient que le concept de vocation a une résonance plus riche et attire des vies qui savent se passer de valeurs telles que l'avancement, l'ancienneté, le confort.

Respectons le missionnaire qui s'identifie avec une nation qu'il adopte et y porte le message qui lui a été donné; mais ne demandons pas à l'expert volontaire et dévoué d'être plus qu'un missionnaire muet qui témoigne par son art.

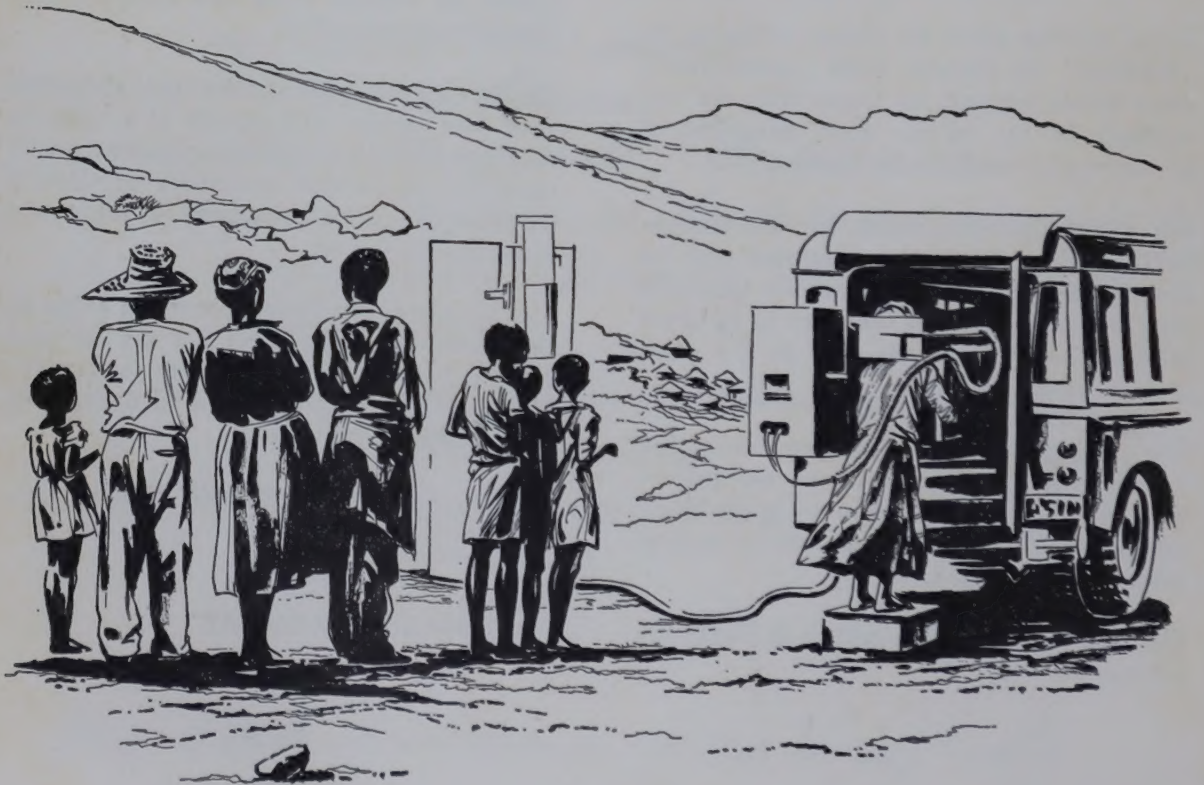
Cet art a son inspiration propre et exige sa technique. Pour être vrai cet art ne peut être lié à aucun impératif politique ou confessionnel. Il doit être gratuit au dessus des seules bonnes intentions.

A vrai dire „Medicus Mundi“ signifie toujours un engagement.

„IM ANFANG WAR DIE TAT“

ON THE PROMOTION OF TROPICAL HEALTH

AU SUJET DE LA PROMOTION DE SANTÉ TROPICALE



Tuberculosis screening Lesotho

Dépistage de la tuberculose au Lesotho

In a true sense it may be said that tropical medicine is the *midwife of economic progress* in the underdeveloped areas of the world. Where mass diseases are brought under control, productivity tends to increase – through increasing the percentage of adult workers as a proportion of the total population, through augmenting their strength and ambition to work, and in many cases by actually making possible the opening of new or the reclaiming of abandoned land previously untenable because of the prevalence of diseases.

STACY MAY

Programs of tropical health must develop concurrently with efforts designed to improve the educational, economic and social status of underprivileged man, and each element must be *in phase with, and not disruptive of, the indigenous economy*.

THOMAS H. WELLER

Too much of tropical practice consists of a limited effort to repeat the activities which are appropriate to highly-doctored areas, to the advantage of a few, but to the *great deprivation of the majority*.

GEORGE MACDONALD

Our efforts at improving public health in a foreign country should be solely directed at smoothing the course and enlightenment on the road which a people is willing to use of *its own accord* for achieving a better health.

JAAP BIERDRAGER

On peut dire que *la médecine tropicale est la procréatrice du progrès économique* dans les régions sous-développées du monde. Là où les maladies les plus répandues sont contrôlées, la productivité tend à augmenter – d'abord en multipliant le pourcentage des ouvriers adultes en proportion de la population totale, ensuite en augmentant leur force et leur ambition pour le travail et en bien des cas aussi en rendant possible le défrichage de terres nouvelles ou la reprise de terres abandonnées jadis à cause de l'existence des maladies.

STACY MAY

Les projets pour la santé dans les pays tropicaux doivent se développer en même temps que les efforts destinés à améliorer la situation éducative, économique et social chez l'homme démuné – et chaque élément *doit s'accorder avec l'économie autochtone et ne pas la perturber*.

THOMAS H. WELLER

Un des excès de la médecine tropicale consiste à pratiquer des activités propres aux régions où les médecins abondent – et cela à l'avantage d'un petit nombre mais au *détriment de la majorité*.

GEORGE MACDONALD

Nos efforts en vue d'améliorer la Santé Publique dans un pays étranger devraient être uniquement destinés à faciliter la marche et à éclairer le chemin qu'un peuple accepte de suivre *de son bon gré* pour abtenir une meilleure santé.

JAAP BIERDRAGER

THE MESSIAH COMPLEX

LE COMPLEXE MESSIANIQUE



Nutrition survey, Malaya

Enquête alimentaire en Malaisie

In my opinion there is no greater danger for collaboration in the new situation than the Messiah complex. The history of the missions describes the failure of preachers who came to bring what were called „heathens” the message in the language of „white” churches. Their fate will be shared by the teachers of western science, western technology, western organizing techniques, western activity, who present themselves as apostles of a richer, a higher civilization. They see the peoples of the world ascending a ladder on which the inhabitants of the West have reached the highest rungs. They see the moral mission as a matter of magnanimously extending a hand to underdeveloped people to pull them to the top of the ladder. They proclaim the blessings of progress, but conceal the harm and the injury done. But in the East it is remembered that the first atom bombs fell on Asian soil. As soon as the scientific message to a non-scientific world is elevated to a pseudo-religion, the bearer of the message meets with the same fate as once the missionary did. The guru, the teacher, is treated with respect, but the people of the developing countries are not prepared to canonize the planner, the organizer, the engineer or the doctor.

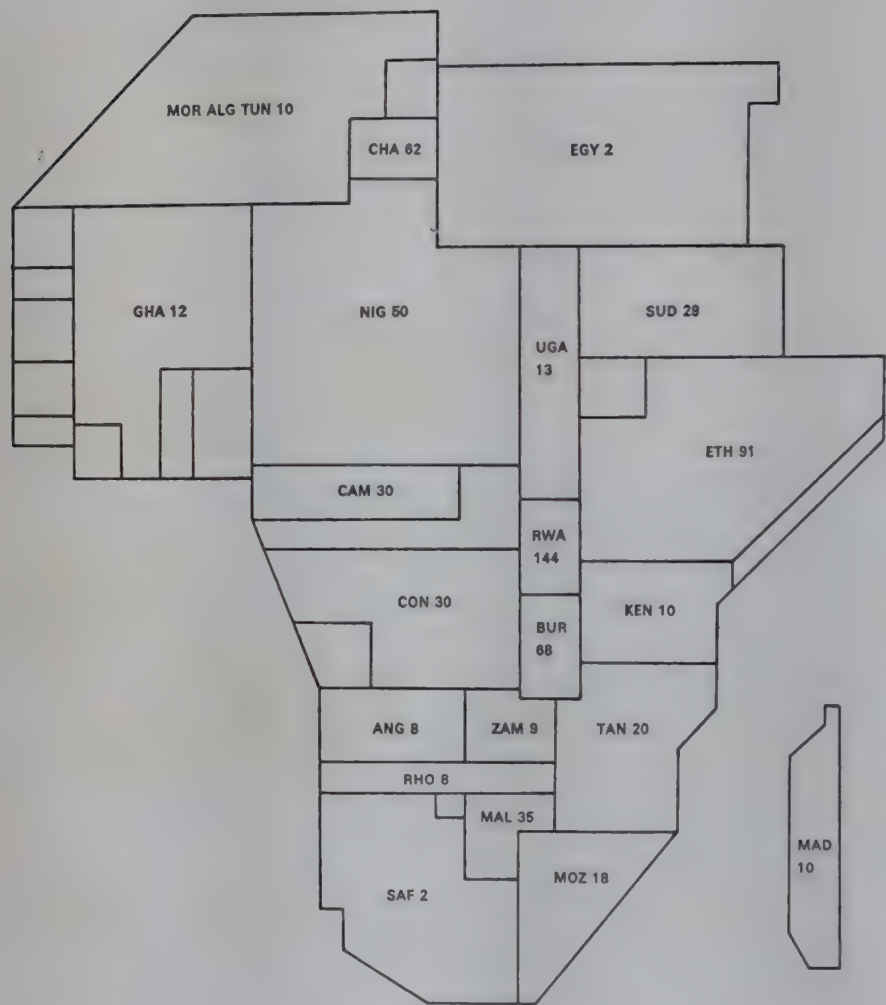
K. POSTHUMUS

Dans la nouvelle situation, il n'est de plus grand danger pour la collaboration que le complexe messianique. La chronique des missions décrit la faillite des prédicateurs venus vers les soi-disant païens pour leur apporter dans la langue des congrégations religieuses occidentales l'évangile du salut. Il en est de même de ceux qui vont enseigner dans ces pays la science, la technique, l'organisation scientifique, l'activité industrielle de l'Occident en se posant en apôtres d'une civilisation plus riche et plus haute. Ils voient les peuples de l'humanité gravissant les degrés d'une échelle dont les habitants de l'Occident ont atteint les plus hauts échelons. Ils voient le „devoir moral” comme le geste de tendre une main généreuse aux peuples sous-développés pour les hisser à leur propre niveau. Mais en Orient, on se souvient encore que les premières bombes atomiques sont tombées sur le sol d'Asie. Dès que le message de la science à un monde non-savant est présenté avec l'auréole d'une pseudo-religion, le messager subit le même sort que jadis le missionnaire. Si le „guru”, le maître, est traité avec respect, on n'est pas disposé à canoniser le planificateur, l'organisateur, l'ingénieur ou le médecin.

K. POSTHUMUS

A SPELL OF SERVICE ABROAD

UNE PÉRIODE DE SERVICE OUTRE-MER



études secondaires. Nous proposons que toutes les organismes, engagées dans l'assistance médicale outremer, créent les conditions favorables pour ne pas perdre les médecins déjà expérimentés. Nous voudrions ainsi avoir des spécialistes capables de développer la médecine de la pauvreté.

Il y a de bonnes idées, il y en a toujours de meilleures.

African countries according to population size. Figures indicate inhabitants, in thousands, per doctor.

Les pays africains selon la grandeur de leur populations. Les chiffres donnent le nombre d'habitants, en milliers, par médecin

„We should like to see it widely accepted in this country that a professional career should normally include a period of work overseas in a developing country” – words of the first British Minister of Overseas development. We agree that this would be a very good idea. Many paediatricians, surgeons and internists, during their specialistic training, do not encounter sufficient cases of infectious or surgical disease, formerly common in Europe, to provide them with the necessary experience. There is such a lack of doctors, especially in Africa, that a spell of one or two years could mean a temporary relief in many situations. Accepting shorts spells, it does not matter very much for a young doctor from the rich countries, if his salary is less than what he would accept at home.

But even though this is a good idea and often put into practice, is it satisfactory as a system of „assistance”? Does it meet the needs of the situation? – First, in this respect we do not like the neo-colonial sound of the term „assistance”. We want cooperation; that is a twoway traffic; and we want that cooperation to be structural and functional.

It takes an enlightened person as a doctor an average two or three years before he is adequately dewesternized to meet the new situation; that means, before he is able to identify himself with the real needs of his foreign surroundings. In a short spell it is hardly worthwhile to master the language – and which patient does not prefer to explain his ailments in his own language?

After that short spell that man is needed most! He should not leave at the moment he has become most useful. We need die-hards, who feel as fine abroad as at home! We propose that at least a core of doctors, who are fascinated by the real thing, try to stay out a period of ten years; that often would mean till their children need secondary education. We propose that all agencies engaged in medical cooperation overseas create the conditions not to loose a doctor with an earlier experience. We want specialists in developing the medicine of poverty.

There are good ideas, but there are also better ones.

„Nous aimerions qu’on accepte largement dans ce pays l’idée qu’une carrière professionnelle devrait normalement inclure une période de travail dans un pays en voie de développement” – voici les paroles du premier Ministre britannique pour le développement outremer. Nous sommes d’accord sur ce principe. Nombre de pédiatres, de chirurgiens et d’internistes ne rencontrent plus, pendant leur formation de spécialiste, assez de cas de maladies infectieuses ou d’affections chirurgicales pour leur conférer une expérience suffisante – bien que jadis ces maladies fussent communes en Europe. Il y a un tel manque de médecins, surtout en Afrique, qu’une période d’un ou deux ans signifierait un soulagement temporel dans bien de cas. Un jeune médecin peut aisément sacrifier une période courte même si son salaire est moindre que celui qu’il aurait accepté chez lui.

Même si cela est une bonne idée qui d’ailleurs est souvent mise en pratique, on peut se demander si c’est valable comme système d’assistance? Est-ce en accord avec les besoins locaux? Nous n’apprécions pas cette forme néocoloniale „d’assistance” mais nous préférons la collaboration, c’est à dire un échange dans les deux sens et nous voulons que cette collaboration soit structurelle et fonctionnelle.

Même un être aussi averti que le médecin doit compter deux ou trois ans avant d’être suffisamment désoccidentalisé; il lui faut un vrai lavage de cerveau avant de s’identifier aux besoins réels du milieu ambiant. Si le séjour est de courte durée il paraît inutile d’apprendre la langue de ses malades – mais où est le malade qui ne préfère pas expliquer ses maux dans sa propre langue?

C’est après cette courte période qu’on a le plus besoin de cet homme. C’est peu rentable de partir au moment où l’on devient le plus utile. Nous avons aussi besoin de durs qui se sentent aussi bien outremer que dans leur chère patrie! Nous proposons qu’au moins un certain nombre de médecins se fassent à l’idée de rester pour une période de dix ans; cela veut dire souvent, jusqu’à ce que leur enfants entreprennent leur

COMMUNITY HEALTH CELL

47/1. (First Floor) St Marks Road,

322

MEDICAL CARE – FUNCTION AND QUALITIES

LES SOINS MÉDICAUX – DÉFINITION ET QUALITÉS

MEDICAL CARE IN DEVELOPING COUNTRIES



**A SYMPOSIUM FROM
MAKERERE**

**Edited by
MAURICE KING**

Medical care is the study and the practice of how the fundamental knowledge embodied in medicine and public health can best be applied to the benefit of the community.

In developing countries, medical care not only provides a major challenge, but has very distinctive qualities.

Medical care in developing countries differs sharply from medical care in industrial ones.

The main determinant is poverty rather than a warm climate.

It is, in any sense, a subject of the greatest importance for socio-economic development.

From the global point of view it involves the majority of mankind.

Medical care must be approached with an objective attitude of mind which is free from preconceived notions exported from industrial countries.

A maximum of return in human welfare must be obtained from the limited money and skill available.

This medical care must be adapted to the needs and means of an intermediate technology.

Par soins médicaux on entend ici la théorie et la pratique des connaissances fondamentales incorporées dans les sciences de la médecine et de la santé publique afin de les appliquer au bien-être de la communauté.

Dans le milieu des pays en voie de développement ces soins ont des qualités très distinctes tout en présentant un défi vaste.

L'art de pratiquer ces soins diffère de celui qui se rapporte aux pays industrialisés.

La divergence principale est due à la pauvreté et non au climat chaud.

Ces soins sont un sujet de la plus grande importance pour le développement dans tous ses aspects.

D'un point de vue global on peut dire qu'il s'agit de la majorité de l'humanité.

Cet art d'appliquer les soins médicaux exige une attitude objective qui est exempte des notions préconçues importées des pays industrialisés.

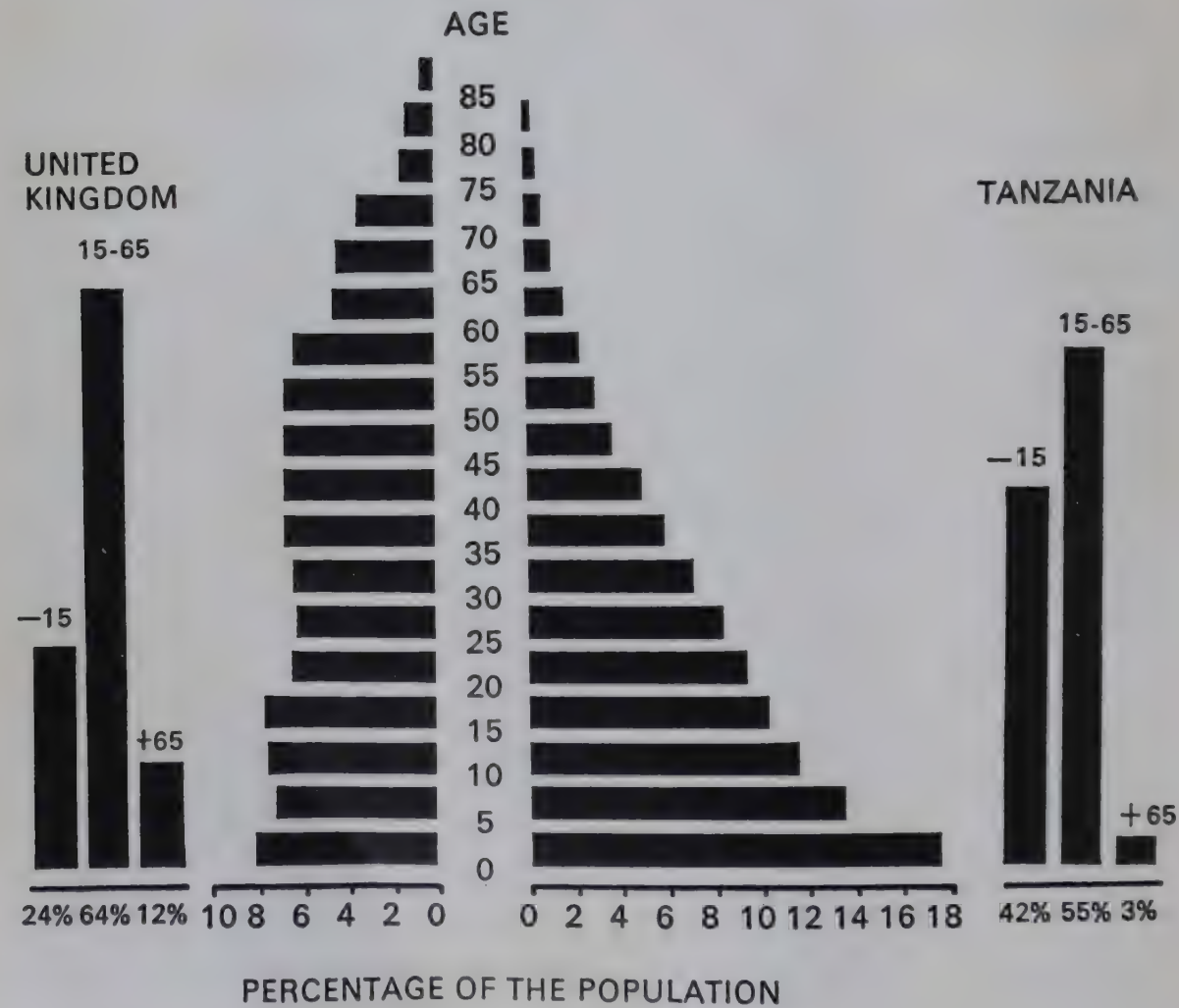
Il faut tirer le plus de bien-être humain du savoir-faire et des fonds limitées, présents dans le milieu sous-développé.

Cet art médical doit être adapté aux modestes possibilités techniques.

FACTORS IN SOCIO-ECONOMIC CHANGE

LES AGENTS DU CHANGEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE

POPULATION AGE STRUCTURE



They are:

The gradual infiltration of new ideas, coming sometimes more swiftly than we expect, through new roads and new forms of transport such as buses and bicycles; through the radio, now with loudspeakers in villages and transistors in the homes, reaching wider and wider circles; the spread of rural schools and the adult literacy movement; the effect of migrant labour, especially when men return to their villages from working in towns; the insidious appeal of advertising of all kinds, especially in relation to food-stuffs, resulting often in what has been called „ill-health education”.

The *very slow emergence* of rural families from the lowest economic level to one in which they can hope to have just enough food to go round, and even a tiny surplus. This kind of change is evident in newly irrigated areas where double cropping becomes a new possibility and is inherent in the various types of community development programmes.

The increasing use by rural populations of *rural health centres* and maternal and child health clinics; the cumulative results of eradication campaigns, as in the case of malaria and yaws; and the demand by village people for more curative services which are accessible to them.

MARGARET READ

Ce sont:

L'introduction graduelle de conceptions nouvelles, parfois plus rapides que prévues – par exemple par les routes nouvelles et les nouveaux moyens de transport tels que l'autobus ou la bicyclette. Les nouvelles idées arrivent par la radio, à travers les haut-parleurs dans les villages et les transistors dans les cases où elles atteignent vite des cercles de plus en plus vastes. Il y a aussi l'extension des écoles de campagne et le mouvement d'alphabétisation pour les adultes; l'effet du travail extérieur de ceux qui retournent chez soi, surtout des hommes qui sont de retour après une période de travail dans les villes; la séduction insidieuse de la publicité de toute sorte, surtout alimentaire – dont résulte souvent ce qu'on a appelé une „éducation pour une mauvaise santé”.

L'émergence très lente de familles rurales d'un degré économique bas jusqu'à l'espoir fondé d'avoir assez de nourriture pour toute l'année et peut-être même un petit surplus. Cette espèce de changement est parfois évidente dans les régions récemment irriguées où une deuxième récolte devient possible, situation inhérente aux types divers de projets de développement communautaire.

La fréquentation progressive par les populations *rurales des centres de santé* et des centres de soins pour les mères et les enfants. Il faut y ajouter les résultats cumulatifs des campagnes de lutte contre les grandes endémies (paludisme, pian) et les demandes des villageois pour la création de services curatifs plus accessibles.

MARGARET READ

COMMUNITY HEALTH CELL
326, V Main, 1 Block
Koramangala
Bangalore-560034
India

THE INDIRECT ATTACK

L'ATTAQUE INDIRECTE



Anti-mosquito spraying, Iran

La lutte anti-moustique en Iran

It consists of:

Provision of rural domestic water supplies on a much larger scale – where necessary by boreholes, dams, etc.

Extension of piped water supplies and water-borne sanitation – improvement of sewerage, housing etc.

Extension and improvement of all-weather communications.

Education, including adult education channelled through community development agencies, in food production (protein-rich crops, fish and other animal protein); on man and his environment in relation to health; on personal and domestic hygiene and prophylaxis; on mental health.

Registration of births and deaths.

Establishment of a central unit for the study of disease incidence, distribution and trends, both epidemic and endemic.

Development of medical research, independently and in cooperation with the University and the (East African) Common Services Organization and international research foundations.

Control of widespread endemic and epidemic diseases.

TITMUSS REPORT

Elle relève de:

L'approvisionnement du milieu rural en eau à l'aide de conduites domestiques sur une plus grande échelle – et où cela possible par les puits artificiels, les barrages etc.

L'assainissement du milieu – création d'égouts, évacuation des excréta, amélioration de l'habitat etc.

Le développement et entretien des routes en toutes saisons.

L'instruction, même pour les adultes par les organismes pour le développement communautaire, en vue d'une production plus large de denrées alimentaires, riches en protéines, animales ou végétales; instruction aussi sur les relations de l'Homme et son ambiance en vue de sa santé; sur l'hygiène et la prophylaxie individuelle et familiale; sur la santé mentale enfin.

L'enregistrement des naissances et des décès.

La création d'un centre d'études sur la fréquence des maladies, leur répartition, leur caractère; tant endémiques qu'épidémiques.

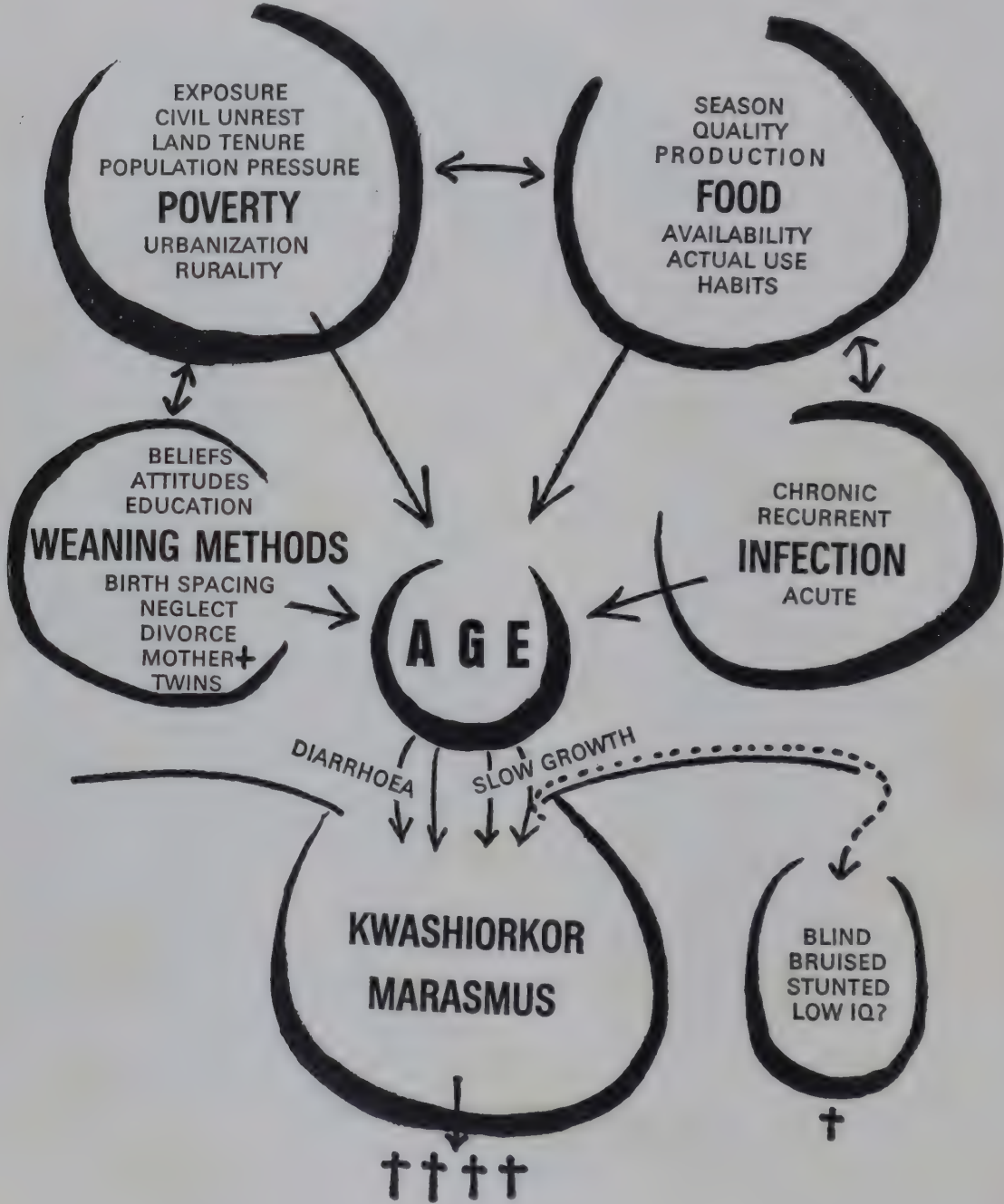
Le développement des recherches, indépendamment ou en collaboration avec l'Université, l'Organisation des Services Communs (en Afrique Est) et les fondations de recherche internationales.

La lutte contre les grandes maladies endémiques et épidémiques.

TITMUSS REPORT

THE DIRECT ATTACK

L'ATTAQUE DIRECTE



The development of environmental public health activities as a separate whole-time service closely associated with local government and adult education and community development activities; separate from, but cooperating with the personal medical services.

The education of parents in matters of child health and upbringing, through the medium of community development agencies and health centres working in cooperation.

Extension of personal medical services for cure, care and education, with emphasis on the development of a system of health units operating in both rural and urban areas, located in such a way as to bring these services within the reach of all.

Extension of midwifery, ante-natal and child-welfare facilities, and especially of domiciliary midwifery, in association with the health units.

Consolidation and extension of the hospital service, with the emphasis on fewer hospitals of large size equipped and staffed for effective support of the health units.

Preparatory work to develop the conditions for specific disease eradication campaigns to be undertaken when a general network of health units is satisfactorily established, and the environmental services sufficiently expanded to meet the W.H.O. „pre-eradication“ criteria.

TITMUSS REPORT

Elle comprend:

Le développement d'activités de santé publique organisée comme un service indépendant permanent, coopérant étroitement avec le gouvernement local, l'éducation des adultes et les activités de développement communautaire; ce service préventif sera en collaboration intime avec les services de soins médicaux individuels.

L'éducation des parents vis à vis de la santé et de la scolarité de leurs enfants, leur coopération par le canal des organismes de développement communautaire et des centres de santé, tant ruraux qu'urbains, disposés de manière à être accessibles à tous.

L'expansion des services des sages-femmes en facilitant les soins pré- et postnataux, et singulièrement ceux donnés à domicile aux accouchées, en association avec les centres de santé.

La consolidation et l'expansion des soins hospitaliers en exigeant que le nombre des hôpitaux larges sera limité, mais que ces hôpitaux seront bien équipés en ce qui regarde matériel et personnel, pour promouvoir effectivement les centres de santé dans la périphérie.

Un travail préparatoire destiné à créer les conditions nécessaires aux campagnes d'éradication des grandes endémies; devancé par l'établissement d'un réseau de centres de santé et de services d'assainissement suffisamment développés pour satisfaire les critères de „pré-éradication“ de l'Organisation Mondiale de la Santé.

TITMUSS REPORT

THE CASE OF TETANUS

LE CAS DU TETANOS



20

In some regions of West Africa fourteen per cent of the newborn die before the tenth day of life because of tetanus of the umbilical cord. Every hospital has to treat such cases. They require permanent supervision by a physician and if nurses work in eight-hour shifts, three nurses the clock round are tied up to one case. The physician may be content if by using all means of modern treatment he is able to save four cases out of ten. This is *curative medicine*.

It may make sense in a region where cases are frequent to immunize all mothers during pregnancy against tetanus. This requires three injections. Babies of vaccinated mothers are practically exempt of cord tetanus. This is *preventive medicine*; or better still, it is prevention because there is no patient to be cured.

But in Western Europe cord tetanus is practically extinct. Why? Europe is clean and people are well educated. Everybody has tap water and clean sheets can be put on every bed. There are many trained midwives and transport is easily available. The usual cause of cord tetanus is a dirty bamboo knife with which the cord (traditionally) has to be severed or if the cord is contaminated with earth.

If the mother is delivered on a clean bed, if the cord is cut with boiled scissors, the problem of cord tetanus is abolished.

This is *domestic science* and in this respect it is achieved by a process of health education. Even in its cheapest varieties it is of the utmost importance for health promotion. It can be practiced without any doctor or midwife.

Although it is possible, in theory, to distinguish between these different approaches to the advancement of health, health in reality is *indivisible*. In common practice, curative, preventive and promotive aspects are closely correlated. The more defective the health situation in a given community, the more axiomatic is a *three-pronged* attack.

Dans certaines régions de l'Afrique Occidentale quatorze pour cent des nouveau-nés meurent avant d'atteindre leur dixième jour à cause du tétanos ombilical. Bien des hôpitaux doivent traiter de tels cas. Cela implique une surveillance permanente de la part du médecin et si les infirmières travaillent huit heures par jour, trois infirmières sont liées par un seul cas. Mais le médecin doit être satisfait s'il peut sauver quatre cas sur dix, même en disposant de tous les moyens modernes.

C'est ce qu'on appelle la *médecine curative*.

Dans un milieu où l'on rencontre beaucoup des cas il est préférable d'immuniser toutes les femmes enceintes à l'aide du vaccin anti-tétanique. Trois injections sont nécessaires. Les bébés des mères correctement vaccinées sont pratiquement exempts du tétanos.

C'est ce qu'on appelle la *médecine préventive*, ou mieux la prévention, parce qu'il n'y a pas de malade à guérir.

Mais en Europe Occidentale le tétanos est à peu près éteint. Tout y est propre et les gens bien avertis. Chacun boit de l'eau du robinet et se couche dans des draps blancs. Il n'y manque pas d'accoucheuses et de moyens de transport.

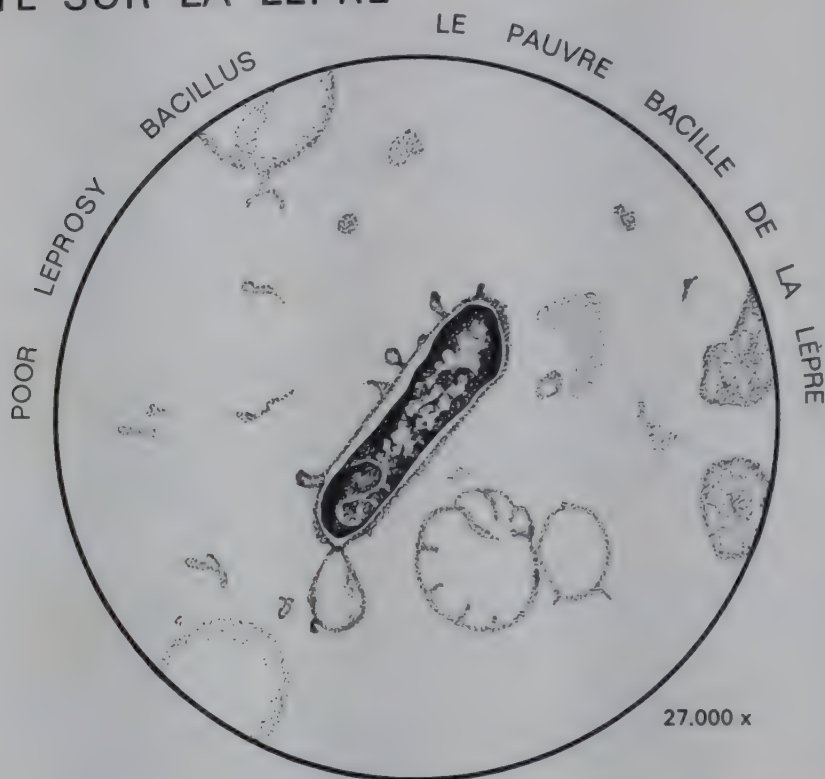
La cause habituelle du tétanos ombilical est un couteau malpropre de bambou ou des ciseaux rouillés avec lesquels on sectionne le cordon en le contaminant par les germes de la terre. Le problème du tétanos se dissipe là où la mère peut accomplir sa délivrance dans un lit propre et lorsqu'on sectionne le cordon à l'aide de ciseaux stériles.

Ca, c'est simplement de la *science ménagère* relevant d'une éducation sanitaire, qui, même dans ses variétés plus modestes est d'une importance capitale pour la promotion de la santé. Pour cela, ni médecin, ni sage-femme ne sont nécessaires.

Il est possible de distinguer en théorie ces trois approches différentes de la santé. En fait la santé est *indivisible*. Et plus celle-ci est précaire dans une communauté donnée, plus il est nécessaire de *conjuguer les trois facteurs*.

THE TRUTH ABOUT LEPROSY

LA VÉRITÉ SUR LA LÈPRE



Some principles in leprosy control:

The aim is: early, regular and adequate treatment of the great majority of the patients. This cannot be achieved by removing patients from their homes to treatment centres, but out-patient treatment facilities should be offered near the home of all patients.

All existing medical centres should be utilised for leprosy treatment. They should be supplemented by simple special centres until complete coverage of the area. A modern leprosarium is a specialized hospital for temporary admission of patients who, because of complications, need temporary clinical treatment. Such institutions should always have a training and a research function too. The most economical and effective approach to the prevention of deformities is the mass treatment campaign. Repair of disabilities is the next best, but expensive. Care of many hopeless disabled is a testimonial of failure in leprosy control and should never be carried out at the cost of leprosy control measures. The ultimate goal, complete integration of leprosy work into general medical practice, requires intensive propaganda and education in all sectors of the population.

Quelques principes pour contrôler la lèpre.

Le but est un traitement précoce, régulier et prolongé de la majorité des malades. On n'arrive pas à ce but en transférant les malades de leur demeure dans des centres de traitement, mais en leur offrant des moyens de traitement à proximité.

Tous les centres de soins médicaux seront employés pour le traitement de la lèpre.

Jusque le moment le milieu est maltrisé complètement ils doivent disposer des dispensaires de rayon spéciales simples. Une léproserie est un hôpital spécialisé aux admissions de courte durée pour les malades à qui un traitement clinique temporaire est nécessaire.

Ces institutions de rigueur serviront aussi à l'enseignement du personnel et aux recherches locales. La voie la plus efficace et la moins onéreuse pour prévenir les mutilations est la campagne de traitement de masse. La réparation des mutilations reste au second plan, parcequ'elle est plus coûteuse.

Un grand nombre de mutilés incurables présent dans une telle situation témoigne de l'échec des efforts de contrôle. Jamais faut il l'attribuer au budget de la lutte antilépreuse. L'intégration des soins pour les lépreux dans la pratique commune demande une propagande intensive et une éducation sanitaire spéciale de la population et du personnel.

The chances of survival of Mycobacterium leprae are poor.

The bacillus has only one host and that is man. Survival is possible only in a minority of genetically susceptible people.

The multiplication of *M. leprae* is slow.

The period of survival outside the human body is short.

The main mode of transmission is by direct skin contact only.

M. leprae still survives because:

Leprosy is not a killer of the host.

The susceptible reservoir has increased by population explosion.

Socio-economic and environmental conditions for the spreading of communicable diseases are still favourable in leprosy-endemic countries.

Leprosy is still considered as a disease apart, as an object of charity, instead of an integrated part of medical teaching, research and treatment.

Leprosy is an important economic problem.

The disease cripples millions and prevents patients, frequently also those who are not disabled, even their families, to contribute to the development of the community.

In developing countries the demand for social support increases and may become pressing before the funds are available.

Leprosy can be controlled rather easily:

The standard drug, D.D.S., is rather cheap. Most patients can be treated in very simple out-patient centres.

Treatment can be given by adequately trained, but inexpensive auxiliary personnel.

Les bacilles du Mycobacterium leprae ont peu de chance de survivre.

Le bacille a seulement un hôte et celui-ci est l'homme.

Le bacille peut survivre seulement dans une minorité humaine.

La multiplication du bacille est lente.

La période de survie en dehors du corps humain est courte. La mode principale de transmission semble être cutanée seulement.

Le M. leprae survit encore parceque:

La lèpre ne tue pas son hôte.

Le réservoir susceptible s'est élargi par l'explosion démographique.

Les conditions de diffusion des maladies contagieuses dans les pays où sévit la lèpre sont encore favorables à cause de la situation socio-économique.

La lèpre ne cesse pas d'être considérée comme une maladie spéciale, un sujet de charité, au lieu d'être une partie intégrée de l'enseignement, des recherches et du traitement.

La lèpre constitue un problème économique considérable.

La maladie mutile des millions d'êtres et empêche les malades valides, voire leur familles de contribuer au développement. La demande de soutien social augmente et devient un lourd poids avant que les fonds soient disponibles.

Le lèpre est relativement facile à maîtriser.

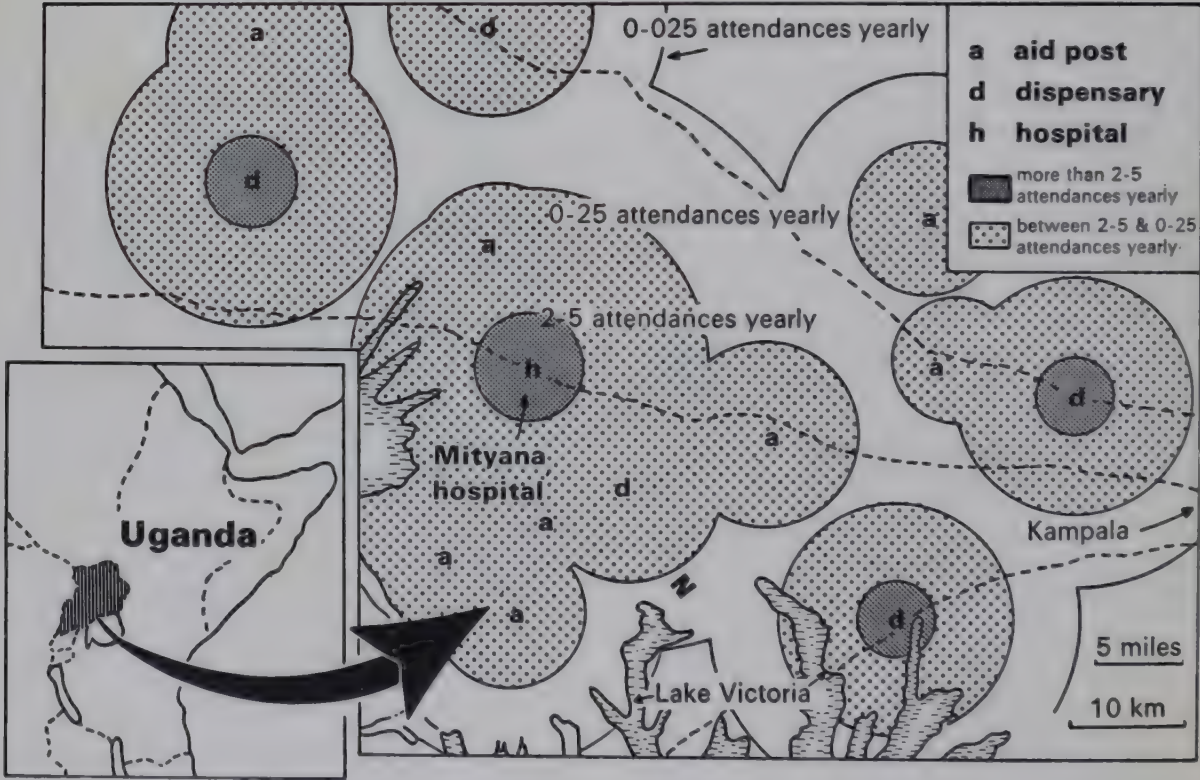
Le remède de base, la D.D.S., est bon marché. La plupart des malades peuvent être traités dans des centres ruraux simples.

Le traitement peut être dispensé par auxiliaires formés sans coût excessif.

THE PATTERN OF HEALTH SERVICE

LE MODÈLE DU SERVICE DE SANTÉ

AN OUTPATIENT 'ISOCARE MAP' FOR THE MITYANA AREA OF UGANDA



An out-patient isocare map of an area in Uganda

Un plan de distribution harmonieuse des soins médicaux ambulants en Ouganda

A medical service must be organized to provide for steady growth in both the quantity and the quality of medical care. The very term „developing country” implies the planned progression of a nation from one beset by poverty and disease to one capable of providing all its citizens with the means of a healthy and interesting life. Each aspect of a country's life takes part in this progression and each must keep in step with the others.

Thus, the organization of health services must keep pace with the growing needs and resources of a country. If health services lag behind the whole community will suffer, but, if on the other hand the pattern of medical organization of a country is pushed ahead of its general economic development, standards will be set that can only be maintained in a small section of the country. If this happens a favoured few will have a very good service, but most people will have no service at all, or at least, an inadequate service available only at prohibitive distances. The general level of health of the people will then fall short of what it might have been, and the rest of development will suffer too, since the labour force (and those outside it) will lack the vigour and vitality needed for sustained effort. It is therefore essential for those planning or working in the medical services to have a very realistic sense of the most appropriate form of organization medically and economically for their particular time and place. There is a great temptation to upgrade the standard, complexity and amenity of medical care before extending its coverage.

Un service médical doit être organisé de façon à promouvoir la croissance continue des soins médicaux autant en quantité qu'en qualité.

Le terme même de „pays en voie de développement” implique la progression planifiée d'une nation, qui se plie sous le fardeau de la pauvreté et de la maladie, vers une situation où elle sera capable de donner à ses citoyens la possibilité d'une vie saine et intéressante.

Chaque aspect de la vie d'un pays participe à cette progression et doit le faire à la même allure que les autres. Ainsi l'organisation des services médicaux doit aller de pair avec les besoins croissants et les ressources d'un pays. Si les services médicaux entraînent toute la communauté en souffrira; mais si, par contre, l'organisation médicale d'un pays est promu avant son développement économique général, on obtiendra des normes qui pourraient être maintenues seulement dans un petit secteur du pays. Dans ce cas, il n'y a que quelques privilégiés qui pourront avoir un très bon service médical mais la majorité de la population n'aura pas de service du tout, ou, du moins, un service inadéquat qui impliquera des dépenses personnelles prohibitives. Le niveau général de la santé de la population manquera alors de ce qu'elle aurait pu atteindre et le reste du développement en souffrira aussi, puisque la main d'oeuvre et aussi ceux qui sont liés à elle, ne trouvera pas la vigueur et la vitalité nécessaires pour un effort soutenu. Par conséquent il est essentiel que tous les planificateurs et les autorités dans les services médicaux aient un sens réaliste de la forme d'organisation la plus adéquate, tant du point de vue médical qu'économique.

Il ne faut pas succomber à la tentation de perfectionner les normes, la complexité et l'amenité du service médical avant d'en étendre le champ d'action.

VOLUNTARY AGENCIES AND NATIONAL HEALTH SERVICES

LES AGENCES VOLONTAIRES ET LES SERVICES NATIONAUX DE LA SANTÉ



Il faut comprendre le désir d'un service de santé aux ressources financières limitées qui veut nationaliser, distribuer et centraliser les moyens de promouvoir la santé. Les maladies ne respectent ni les frontières, ni d'autres divisions faites par les hommes. Il n'y a qu'une stratégie combinée qui peut être efficace.

Medical care in newly independent countries has often been started by christian missions or by private industrial agencies. The benefit they had in mind was material gain in the latter and spiritual in the former. Despite the differences, their contribution to health promotion has been impressive. In both cases the benefit was mostly local and the beneficiaries belonged to privileged groups, even when services were open to the whole population. The agents were expatriate, and the kind of care they introduced was an expatriate-type care, based on experience in highly developed countries. There often has been a noble competition between missionary, or between private and governmental agencies, leading to duplication and wastage of efforts and expenses. The services rendered were mostly curative, except perhaps for large plantations and mining industries.

Despite the apparent advantages of the voluntary agencies – independent initiatives, dedication, stability of the staff etc. – they often do not fit in the system of well distributed comprehensive medical care proposed here. One should accept the national health authorities as the best informed and the best equipped to promote health in their realm. Especially if there exists a health plan, such as in Zambia or Tanzania, the voluntary agencies should fit into that plan. This could mean the exploitation of private but subsidized hospitals in some regions or the secondment of much needed staff to government institutions elsewhere. Few private hospitals of some size forego the privilege of training auxiliaries. But in this respect they can also serve regional health best when fitting training courses to the government's specifications (admissions, programs, attendance etc.). One should understand a health department with limited financial resources for nationalizing and centralizing its potentialities to promote health. Diseases do neither respect frontiers nor other man made divisions. Only a combined strategy is bound to be efficient.

Dans les pays récemment indépendants les structures médicales ont souvent été implantées par les missions chrétiennes ou par des organismes privés industriels. Le profit auquel ils pensèrent était spirituel dans le premier cas et matériel dans le second. Malgré leur divergence, leur contribution à la promotion de la santé a été impressionnante. Dans les deux cas le bienfait était surtout local et les bénéficiaires appartenaient souvent aux groupes privilégiés. Le personnel de ces agents étaient des étrangers et les caractères des soins introduits étaient de même espèce parce que basées sur l'expérience des pays industrialisés. On a constaté souvent une noble compétition entre les missions, entre les organismes privés ou gouvernementaux. Cela a conduit à un double emploi inefficace ou bien à un gaspillage d'efforts et de dépenses. A l'exception de quelques grandes plantations ou industries minières, les services rendus furent pour la plupart curatifs.

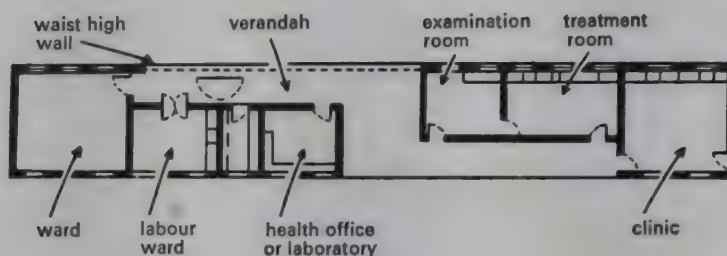
Malgré les avantages apparents des organismes privés – l'éducation supérieure, le dévouement, la stabilité du personnel – ceux-ci ne s'ajustent qu'imparfaitement au système de soins médicaux bien distribués et compréhensifs que nous proposons ici. Si l'on vise sincèrement au développement il faut se soucier de la communauté plus que de l'individu. On est obligé d'accepter les autorités médicales nationales comme les mieux préparées et les mieux installées à promouvoir la santé dans leur domaine.

Lorsqu'existe déjà un plan sanitaire comme c'est le cas en Tanzanie, en Zambie ou en Malawi, les organismes privés se doivent de collaborer à ce plan. Ceci pourrait impliquer l'exploitation d'hôpitaux privés subventionnés par l'état dans certaines régions, ou bien l'assistance de personnel nécessaire offert aux institutions gouvernementales. Il n'y a pas beaucoup d'hôpitaux privés de quelque importance qui n'aient pas le privilège de former des auxiliaires. Mais aussi à cet égard ils peuvent mieux servir la santé régionale s'ils ordonnent les cours de formation selon les prescriptions du Gouvernement (admission, programmes, etc.).

THE HEALTH CENTRE – DEFINITION AND WORK

LE CENTRE DE SANTÉ – DÉFINITION ET TRAVAIL

The EMBU pattern



The SIMOHNN pattern



Community services.

- The improvement of water supplies.
- The improvement of excreta disposal.
- The supervision of housing conditions.
- Health education.
- Campaigns against communicable diseases.
- The collection of statistics.
- The regulation of food shops and markets.

- Consultations de spécialités, eg. tuberculose, lèpre, nutrition.
- Soins des dents.
- Hygiène mentale.
- Cas spéciaux.
- Services d'hôpital limités.

Les services de la communauté.

- L'adduction d'eau.
- Amélioration de l'élimination des excreta.
- Contrôle des conditions de vie.
- Education de la santé.
- Campagnes contre les maladies contagieuses.
- Maintien des statistiques.
- Surveillance des magasins de comestibles et des marchés.

Definition: The word „health centre” means different things to different people. When used here it is a unit which provides a family with all the health services it requires, other than those which can only be provided in a hospital. Fundamental to the nature of a health centre is that it takes its services and exerts its influence outside its own precincts right in the very homes of the people themselves. Once it fails to do this, and its staff stop visiting the surrounding villages, it is no longer a health centre. Its functions are promotive in that it promotes healthy living conditions, preventive in that it seeks to prevent disease in the population by immunization, better environmental sanitation, better child feeding practices and early diagnosis; and curative in that minor ailments are treated in the centre and do not need to be referred to hospital.

When well developed a health centre provides general out-patient services and limited domiciliary care of the sick; it provides clinics for antenatal and postnatal mothers, school children and the „under fives”, while, in addition to these there is usually a midwifery unit within the centre itself. It also provides environmental health services and gives advice and guidance on home living conditions, water supplies and sanitation. Above all, and at every possible opportunity, a health centre educates the individual, the family and through them the community it serves.

The services of the health centre classified:

Personal services.

Maternity care, prenatal, postnatal, infants, birth spacing.
The care of the under-fives – immunization, nutrition, growth.

The care of the school children.

Home visiting.

General curative outpatients services.

Consultative clinics.

Clinics for special diseases, e.g. tuberculosis, leprosy and malnutrition.

Dental care.

Mental care.

Case work.

Limited inpatient care.

Definition: L'expression centre de santé ou centre médical rural implique des idées différentes pour personnes différentes. Telle qu'on s'en sert ici, cette expression veut dire un centre qui pourvoit un ménage avec tous les services sanitaires nécessaires, hors des services hospitaliers. Il est fondamental pour la nature d'un centre de santé de servir et d'exercer son influence en dehors de ses propres murs au milieu des gens eux-mêmes. Si le centre renonce à faire cela ou si son personnel cesse de visiter les villages des alentours, on ne peut plus parler d'un centre de santé. Ses fonctions sont promotrices parce qu'il améliore les conditions de vie, et préventives parce qu'il s'efforce de prévenir les maladies dans la population par les méthodes d'immunisation, par un assainissement du milieu, par une meilleure nutrition des nourissons et par un diagnostic précoce des affections.

Ses fonctions sont aussi curatives car beaucoup de maux moindres peuvent être traités dans le centre en réservant seulement les cas graves pour l'hôpital plus éloigné. Si le centre sanitaire est bien développé, il pourvoit aux services d'un dispensaire et également dans un certain degré aux soins à domicile; il tient lieu aussi des cliniques ante- et post natales. Il s'occupe des écoliers ainsi que des enfants en dessous de cinq ans, de plus, il y a presque toujours une maternité dans le centre lui-même.

Le centre se préoccupe encore des services sanitaires du milieu et conseille dans la pratique de la vie domestique, l'approvisionnement d'eau potable et l'assainissement. Mais surtout et à chaque fois qu'il en aura l'occasion le centre éduque l'individu et la famille et à travers eux la communauté qu'il veut servir.

Classification des services d'un centre sanitaire:

Les services individuels.

Maternité, soins prénataux et postnataux. Nourissons.

Contrôle des naissances.

Soins des enfants en dessous de cinq ans – immunisation, nutrition, croissance.

Soins des écoliers.

Visites à domicile.

Services du dispensaire.

Consultations de médecine générale.

THE HEALTH CENTRE – STAFF

LE CENTRE DE SANTÉ – LE PERSONNEL



Nurses training school, Malaya

Formation des infirmières, Malaisie

In most developing countries professional staff, especially doctors, are so scarce that health centres have to be staffed by auxiliaries, and preferable by auxiliaries indigenous to the region. But this is no disadvantage, for they are at the same time more economical and are generally more closely in touch with the local inhabitants than are doctors, and, very important indeed, they are also much more content to remain in the rural areas. In Kenya auxiliaries have proved to be effective substitutes for fully qualified professional people, be these doctors, midwives or health inspectors, and, when carefully selected and adequately trained, they develop that real sense of vocation and responsibility which is the true hallmark of the profession.

The four categories of auxiliaries are as follows:

The medical assistant. His task comprises curative medicine and paediatrics. A medical assistant is in administrative charge of each centre; he diagnoses and treats the sick and visits patients in their homes — he is in fact the general practitioner of the area.

The health staff occupies itself with environmental health and health visiting. In Kenya the assistant health inspector is of similar status to the medical or hospital assistant, and the health assistant is the equivalent of the dresser. Thus the assistant health inspector at each centre has several assistants to help him, one posted to each large village or location, and preferably centred on a dispensary or health sub-centre.

Graded dressers and enrolled nurses, responsible for the nursing. Dressers and enrolled nurses apply all dressings and give all the treatment and injections ordered, but, though they may give antibiotics, they are not allowed to prescribe them.

The enrolled midwife and enrolled health visitor. Enrolled midwives are able to handle normal deliveries and recognize complications which they refer to the hospital. They hold antenatal and postnatal clinics at the centre and in the villages, they deliver mothers in the centre and in their homes, and they assist the health visitor with under-fives clinics.

Dans la plupart des pays en voie de développement le personnel expert est rare; les médecins sont si peu nombreux qu'on est obligé de suppléer le personnel par des auxiliaires locaux. Mais ceci est loin d'être un inconvénient, car les auxiliaires coûtent moins cher et sont en général en contact plus intime avec les habitants. D'ailleurs ils sont plus inclinés à rester dans les zones rurales. Au Kenya ces auxiliaires se sont révélés des remplaçants très efficaces du personnel professionnel qualifié, tant médecins, sage-femmes, qu'inspecteurs de la santé. Si ces auxiliaires sont bien choisis et suffisamment formés, ils développent en eux-mêmes ce vrai sens de vocation et de responsabilité, pierre de touche de notre profession. Voici les quatre catégories d'auxiliaires:

L'assistant médical. Il s'occupe de médecine curative et de pédiatrie. L'assistant médical a une charge administrative dans le centre; c'est lui qui fait le diagnostic et soigne les malades; il fait les visites à domicile; il est le praticien général de la contrée.

Le personnel sanitaire sert l'assainissement du milieu. Au Kenya l'assistant-inspecteur sanitaire est au même plan que l'assistant médical de l'hôpital et l'assistant sanitaire sur le même plan que l'infirmier. Ainsi donc l'inspecteur-adjoint qui se trouve dans chaque centre a plusieurs auxiliaires pour l'aider. Il y a un dans chaque grand village ou secteur, de préférence attaché à un dispensaire ou à un autre sous-centre de santé.

Les infirmiers et les infirmières diplômées appliquent tous les pansements ainsi que le traitement et les injections prescrites. Ils peuvent donner des antibiotiques mais non les prescrire.

La sage-femme diplômée et la visiteuse à domicile. Les sage-femmes sont capables de faire les délivrances normales et de reconnaître les complications qu'il faut diriger vers l'hôpital.

Elles tiennent des consultations ante-et postnatales au Centre et dans les villages. Elles accouchent les mères dans ces centres et à domicile et elles assistent les visiteuses de santé dans les consultations des enfants de moins de 5 ans.

THE HEALTH CENTRE – ECONOMICS

LE CENTRE DE SANTÉ – LE CÔUT



Home visiting, Brazil

Visite à domicile au Brésil

These are not easy to calculate exactly, but an approximation is that a centre in Uganda costing £ 8,000 to build and £ 4,000 to run each year can provide about 50,000 outpatients attendances annually. This makes each attendance cost about Shs. 1.60 but takes no account of the fact that the staff spend about half their time rendering services of other kinds. Reckoning that an illness at a health centre involves 2 – 3 attendances, each illness costs about Shs. 4.—.

Serving a population of 20,000 such a centre might provide an average of 2.5 outpatients attendances per person per year.

There are about ten staff employed at a health centre, so each job requires a capital outlay of about £ 800.

If the annual running cost of £ 4,000 is spread over the 20,000 people that a typical health centre is intended to serve, then the average cost per person per year also works out at Shs. 4.—.

The second revealing comparison is that of the cost of health centre services with the Gross National Product per head per year. For a typical developing country this is of the order of £ 25. The annual cost of health centre services amounts to less than one per cent of this. Admittedly, this figure only covers the running costs of the centres.

Looked at in this way, as a percentage of the Gross National Product, health centre services manned by auxiliaries are cheap. They represent a substantial return in human welfare for comparatively little expenditure of money and skill. If this is granted they must be a *high priority in a health service budget* and money must somehow be raised for them, either by taxation or direct charges.

Ceci n'est pas facile à calculer, mais approximativement on peut dire qu'un centre qui a coûté 8000 livres sterling (Ouganda 1966: un livre sterling = 13.7 n. fr; un shilling = 0.7 n. fr. français) pour être construit et qui exige 4000 livres pour l'exploitation annuelle peut traiter 50.000 malades ambulatoires. Chaque cas revient donc à 1.60 shilling sans tenir compte du fait que le personnel est employé la moitié du temps à d'autres occupations. En comptant qu'une maladie demande deux ou trois visites au centre, on peut en déduire que chaque cas coûte environ 4 shillings.

En desservant une population de 20.000 habitants un tel centre peut avoir une moyenne de 2.5 visites par personne et par année. Dans un centre de santé il y a environ dix employés. Par conséquent chaque fonctionnaire demande un capital versé de 800 livres sterling. Si l'exploitation annuelle de 4000 livres est partagé entre les 20.000 personnes servis, la charge moyenne annuelle pour chacune d'elles revient aussi à 4 shillings.

La seconde comparaison révélatrice est celle du taux de services de santé dans les centres avec le Produit National Brut. Pour un pays typique en développement ce monte à 25 livres sterling. Le coût annuel des services d'un centre n'est même pas un pour cent de cela.

Bien entendu ce chiffre couvre seulement l'exploitation de ces centres.

Si on les considère comme un pourcentage du Produit National Brut, les centres de santé équipés par des auxiliaires, ne sont pas chers.

Ils représentent un retour substantiel de bien-être pour des dépenses comparative-ment limitées d'argent et de personnel qualifié. Si cela est accepté ils devraient y avoir une *priorité absolue dans les budgets de santé* et leur financement doit procéder des taxes ou bien être à la charge directe de l'individu.

THE UNDER-FIVES CLINIC

LES CONSULTATIONS DES SOUS-CINQS



The under-fives clinic was developed in Western Nigeria to meet the challenge presented by the younger children. It is inherent in a birthrate of over 40 per thousand that is common to the whole of this region, and which is combined with a childhood mortality of 50 per cent, no less than half of all the children born dy before they are five.

An under-fives clinic aims to do three things:

1. It supervises the health of the children up to the age of five years.
2. It prevents malnutrition, malaria, measles, pertussis, tuberculosis and small-pox.
3. It also provides simple treatment for diarrhoea, pneumonia and the common skin conditions.

These clinics have a further purpose. It may be that by this intensive child welfare, we are doing much to counter the prevailing attitude in peasant communities which sees in illness, not „what“ is the cause, but „who“ is the cause, and in every misfortune imagines some magic, „bad medicine“ or „witchcraft“. These beliefs are established in early life when a mother takes her sick child to the witch doctor; it is his belief and his practice which make such a deep impression on the young child. The situation was much the same in Europe and America before the industrial age.

The duty of the clerks in the under-fives clinic, in addition to issuing new mothers with charts, filing the doctor's cards and generally keeping order, is to weigh all children and enter up their weights.

Clerks are often surprised at the frequency with which they have to intervene in fights between mothers; they need to be taught that these mothers may be very anxious about their children over whom they may have had several sleepless nights, and may in consequence be very irritable.

Le système de consultations pour les enfants de moins de cinq ans a été développé en Nigeria Occidental afin de répondre au problème créé par les jeunes enfants malades. Cela est inhérent à un taux de naissance de 40 par mille, commun à toute cette région, et qui va de pair avec une mortalité de 50 pour cent; pas moins de la moitié des enfants meurent avant l'âge de 5 ans.

Les buts de telles consultations spéciales sont les suivants:

1. Surveiller la santé des enfants jusqu'à l'âge de cinq ans.
2. Prévenir la malnutrition, le paludisme, la rougeole, la coqueluche, la tuberculose et la variole.
3. Le traitement simple et pratique des maladies telles que la diarrhée, les pneumonies et les affections communes de la peau.

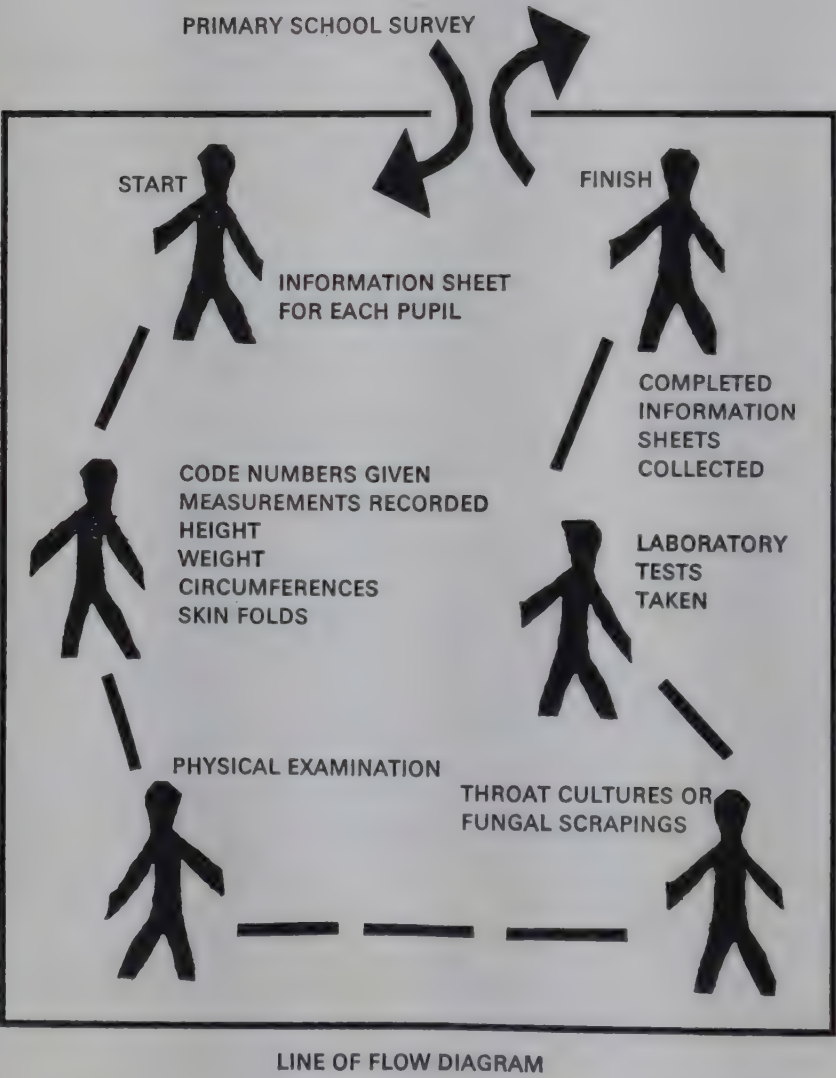
Ces cliniques ont encore un autre but. Il est très probable que par ces soins intensifs pour l'enfance nous faisons beaucoup pour prévenir une attitude très répandue dans les communes rurales, qui cherche dans une maladie non pas ce qui en est la cause, mais plutôt la personne qui l'a causée. A chaque malheur on se croit victime de la magie ou de „mauvaise médecine“. Ces croyances et ces pratiques ont été établies dès le bas âge quand la mère avec son enfant va chez le sorcier. Elles font une impression profonde sur le jeune enfant. La situation était presque similaire en Europe et en Amérique avant l'âge industriel.

Le devoir des agents dans les consultations des sous-cinqs est d'abord de procurer des cartes aux mères nouvelles ensuite de remplir et d'arranger les cartes du médecin, mais aussi de peser tous les enfants et d'inscrire leur poids.

Ces agents sont souvent surpris par la fréquence avec laquelle ils sont obligés d'intervenir dans les batailles des mamans; ils devront se rendre compte que ces mères ont souvent eu beaucoup de soucis à cause de leurs enfants, qu'elles passent des nuits blanches et par conséquent qu'elles sont très irritables et parfois excitées.

THE AFRICAN SCHOOLCHILD

L'ÉCOLIER AFRICAIN



Based on a recent survey, the „average“ child in Ugandan primary schools is found to be a male, between nine and ten years of age. He would walk slightly more than two miles from school wearing no shoes, having had a cup of tea for breakfast. In his home there would be between five and seven siblings, one or more having died.

The family water supply would come from a well, or a spring or even a municipal source, determined by the location of his home. The family would use a pit latrine for sanitation.

When asked what health problems he has, the average child would mention stomach troubles or perhaps headaches. In his opinion, the country's major health problems had to do with sanitation, insufficient doctors, hospitals and medicines, and nutritional disorders. He would have taken medicines at some time in his life, and, determined by the district where he lived, he would consider that the food which made him strongest was either plantain, millet or cassave, whatever the local staple happened to be.

The average child would have many questions about health matters, some dealing with the reasons for constructing latrines, why there are too few doctors, or why it is necessary to wash one's body and clothes. In his opinion, the most important part of the human body is the heart, although some consider the head or the eyes to be most important.

The school meals, if they were served at noon, probably would be composed mainly of low-cost staple food such as plantain, maize-meal porridge, or cassave with the occasional addition of beans or peas. The meals might be prepared by the school porter under conditions which, from the hygienic point of view, leave much to be desired.

R. BROWN AND N. WILKS

Selon des recherches récentes en Ouganda l'enfant le plus commun de l'école primaire est un garçon âgé de 9-10 ans. Il lui faut marcher plus de trois kilomètres pour aller à l'école; il ne porte pas de souliers et il a eu une tasse de thé comme déjeuner. Dans sa famille on trouve 5 à 7 frères ou soeurs avec un ou plusieurs décédés.

Le conduit d'eau de la famille vient d'un puits ou d'une source, peut-être même municipale, dépendant de la situation plus ou moins proche de la maison. La famille se sert d'une latrine profonde pour l'usage sanitaire.

Quand on lui parle de ses problèmes de santé, l'enfant moyen dira qu'il a mal au ventre ou peut-être mal à la tête. Selon lui les problèmes de santé les plus importants de son pays sont bien les problèmes sanitaires, le manque de médecins, d'hôpitaux et de remèdes et aussi les désordres de la nutrition. Sans aucune doute il aura pris des médicaments pendant sa vie, et selon la région où il vit il affirme que ce qui lui donne le plus de force est le plantain, le mil ou le manioc.

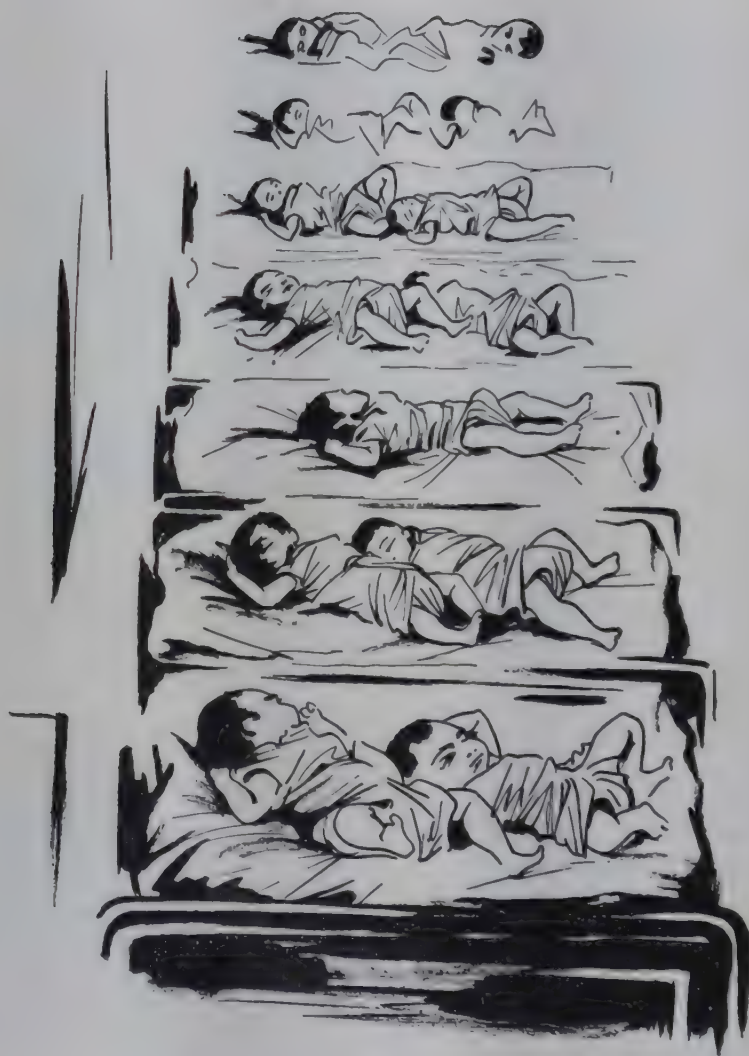
L'enfant moyen aurait beaucoup de questions à poser au sujet de la santé. Il s'informerait des raisons à construire des latrines: il demanderait pourquoi il y a si peu de docteurs ou pourquoi il convient de laver son corps et ses habits. Selon lui la partie la plus importante du corps humain est le coeur, mais il y en a d'autres qui diraient que c'est la tête ou bien les yeux.

Si des repas sont servis à l'école, on lui donne surtout les aliments de base les moins onéreux de son pays, tel que les plantains, ou une bouillie de farine de maïs ou de manioc, complétés par des haricots ou des poix. Les repas probablement étant préparés par le gardien dans de conditions d'hygiène peu satisfaisantes.

R. BROWN ET N. WILKS

AVOIDING A CATASTROPHE

PRÉVENIR UNE CATASTROPHE



Double usage of baby cots, Philippines

Occupation double des berceaux, Philippines

The population explosion has been brought about by our suppression of the laws of nature and the many factors inherent to our technological age, some of which are clearly connected with health care and death control. It may not be apparent everywhere in Africa but it is obsessively clear in Asian countries that the tide can only be stemmed by birth control. This is not easily accepted universally, even not by mothers conscious of their poverty. There are painful angles to the question; the sermon is preached so overrulingly by the rich, white nations, bent on preserving their affluent society. No health measure cuts so deep in beliefs and attitudes as this one; this is social surgery.

It seems foolish to endear closing down the source of life as an ideal. It is equally foolish not to accept oneway traffic on congested roads as a rule.

The idea was christened with a biased name: family planning; in reality meaning family size planning. We would rather welcome it as one of the factors in family life planning.

We think there is no effective way to even a moderate increase in health and prosperity without consciously promoting the tools of birth control. Future christians should not reproach us to have been shortsighted obstacles in clearing this deadlock. Also in this respect we would prefer to be guided by government policy.

Excess fertility should not be controlled by isolated activities and the control should not interfere with human dignity. Preferably should it be integrated in mother and child care, as practiced in health centres. It should go hand in hand with advice about and treatment of sterility.

L'explosion démographique est causée par notre abolition des lois de la nature et par nombre de facteurs inhérents à notre âge technologique, dont quelques uns ont une relation directe avec les soins médicaux et la maîtrise de la mort.

Cela n'est pas partout évident en Afrique, mais c'est plus que manifeste dans les pays du Sud-est Asiatique. La situation démographique y peut être seulement maîtrisée par la restriction des naissances.

Cette vérité est pénible à accepter, même par les mères conscientes de leur pauvreté. Les riches nations blanches prêchent le sermon d'une manière dominante parce qu'ils veulent préserver leur société d'abondance.

Il n'y a d'autre mesure sanitaire qui tranche autant sur le vif des croyances et des attitudes que celle-ci; voici vraiment de la chirurgie sociale.

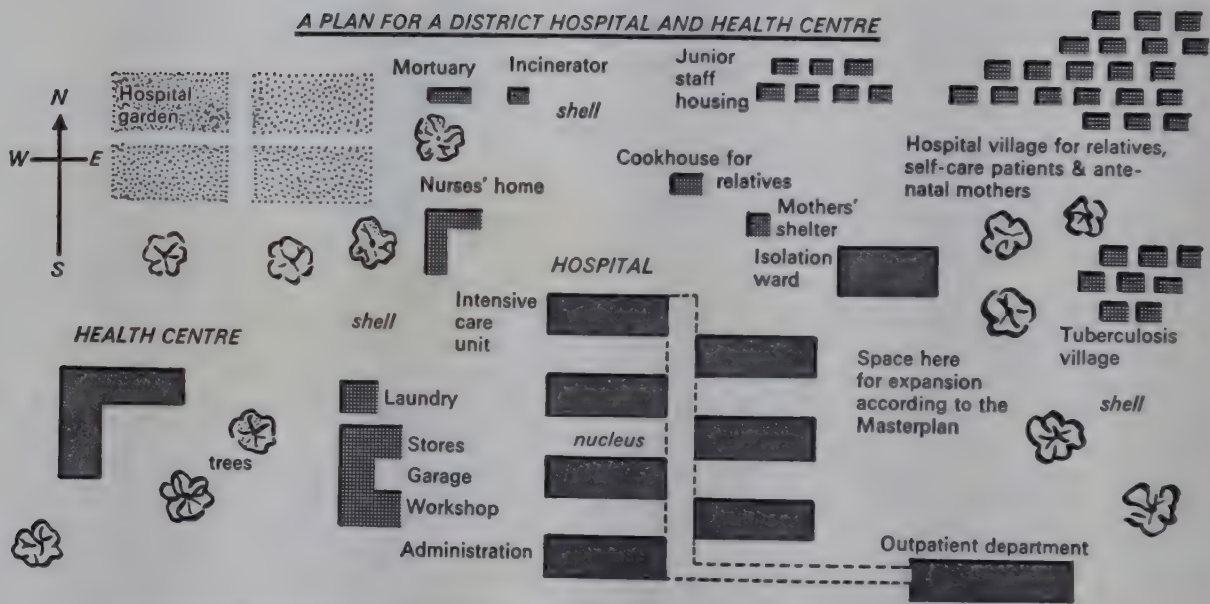
Stopper les sources de la vie fait figure de folie en place d'un idéal social. Mais c'est aussi folie de ne pas accepter le sens unique sur des routes encombrées. Puisse le ciel nous préserver d'entendre les futurs chrétiens nous reprocher notre aveuglement à cet impasse catastrophique. L'idée a été baptisée d'un nom ambigu: planification de la famille, tandis qu'on pensait seulement à la planification du nombre. Nous préférons l'introduire ici plutôt comme planification du mode de vie de la famille.

Nous ne voyons guère d'autre chemin, même pour une amélioration modérée de l'état de santé ou du sous-développement mondial, que de promouvoir consciemment les outils du contrôle des naissances. Mais ici aussi, nous préférons être guidés par la politique des gouvernements.

Les excès de fertilité ne devraient pas être contrôlés par des activités isolées et l'intervention ne devrait pas nuire à la dignité humaine. Nous préférons intégrer ces activités aux soins donnés dans les centres consacrés à la protection de la mère et de l'enfant. Le tout devrait aller de pair avec les conseils au sujet de la stérilité ainsi que de son traitement.

FUNCTION OF A HOSPITAL

LA FONCTION D'UN HÔPITAL



This is highly diagrammatic & is neither complete nor to scale

 = Standard building  = Low cost building; much more of the hospital might be built in this way

The primary function of a hospital is the provision of medical care to a community. A hospital, however, has two other important roles to fulfil; to be a centre for the education of all types of health workers – doctors, nurses, midwives and technicians – and for the health education of the public, and to be a centre for research.

Despite these varied functions, exaggerated importance must not be given to the place of the hospital in a scheme of community health care. The hospital's appearance is impressive, and its work is dramatic. It therefore seizes the imagination. But the provision of hospital beds is no substitute for effective environmental, preventive, and domiciliary health services, which can lead to a reduction in the number of beds required as these services develop and produce their effect upon the health of the population.

In many countries of the world today, medical needs are great, but financial resources are slender. There is an essential minimum of hospital services required, but such countries should relate the money they spend on hospitals to the development of environmental, preventive, and domiciliary medicine, and should not lavish it upon expensive hospital buildings, with their high cost of maintenance. Indeed, if the knowledge and facilities for applying the elementary principles of hygiene are lacking in a community, the cost of hospital care will be partly wasted by reason of a high relapse rate of disease.

The extended family in rural areas still represents the basic socio-economic system. For a hospital, this means not only a problem of many people, crowding around a patient and sleeping under his bed, calling themselves his brother, sister, father or mother, but also a real possibility of help. If nurses are scarce, the family of a patient can do some nursing for him. If funds for a hospital kitchen are lacking, the family can feed its brother. And if a patient cannot pay for his treatment, one may suggest he ask one of his many brothers to pay for him.

La fonction primordiale d'un hôpital est d'assurer les soins médicaux d'une communauté. Mais il a, en outre, deux autres rôles importants à remplir:

1^o il est le centre de formation de tous les assistants médicaux: médecins, infirmières, sages-femmes, techniciens, ainsi que du public lui-même, et

2^o il est un centre de recherches.

Malgré des fonctions multiples, il faut se garder d'exagérer l'importance de l'hôpital dans le système des services de santé publique. Un hôpital est impressionnant, et le travail qui s'y fait est dramatique. C'est pourquoi il frappe l'imagination. Mais le nombre de lits ne saurait remplacer des services sanitaires bien organisés, tant dans le domaine de l'hygiène et des soins préventifs que des soins à domicile, services qui, par leur multiplication et l'heureux effet sur la santé publique, permettraient de réduire le nombre des lits d'hôpital.

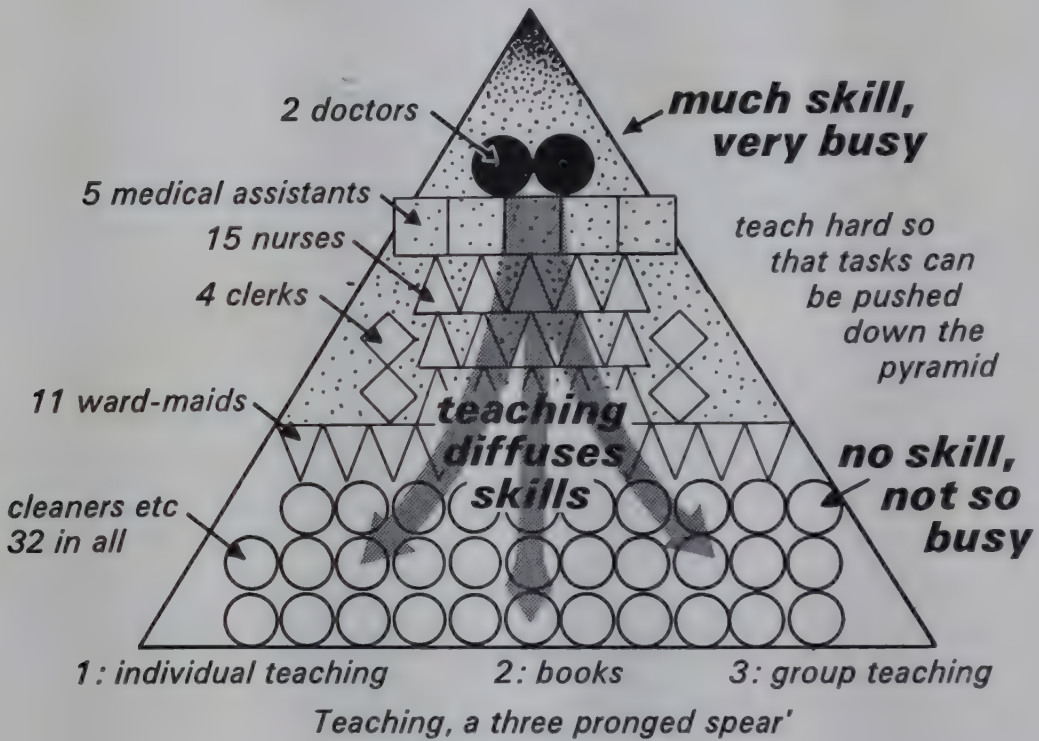
Aujourd'hui, dans la plupart des pays du monde, les besoins médicaux sont grands, mais les ressources pécuniaires sont restreintes. Un minimum de services hospitaliers est indispensable, mais au lieu de construire à prix d'or des hôpitaux dont l'exploitation est onéreuse, les pays en question feraient mieux de consacrer cet argent au développement de l'hygiène, des soins préventifs et des soins à domicile. En effet, si dans une communauté on néglige d'appliquer les principes élémentaires de l'hygiène, faute de connaissances ou de moyens, les frais des soins hospitaliers seront en grande partie de pure perte à cause de la fréquence des rechutes.

Dans le milieu rural le système de base socio-économique représente toujours la famille étendue. Pour un hôpital cela signifie, hors du problème de trop de gens se gênant autour du lit du malade, une vraie possibilité d'assistance. Si les infirmières sont rares, la famille pourra se charger d'une partie des soins. Si les fonds pour une cuisine d'hôpital manquent, elle pourrait nourrir son frère. Si le malade ne peut pas payer son traitement, l'un ou l'autre de ses nombreux frères se chargera des frais.

THE SKILL PYRAMID

LA PYRAMIDE D'EXPERTISE

THE SKILL PYRAMID IN A HOSPITAL



At the very base of the skill pyramid are the members of the patients family always present. If necessary, they can be changed from hospital obstacles into helpers, to whom several simple jobs can be continuously and systematically passed.

doit pouvoir reconnaître immédiatement les signaux d'alarme de ceux qui sont gravement malades, tels les symptômes de choc ou de deshydratation. Cet entraînement garantira, qu'en cas de danger, les tâches qui étaient passées à un échelon inférieur, remontent aussitôt en des mains plus compétentes.

A la base de la pyramide des compétences se trouvent les membres de la famille qui accompagnent le malade et séjournent à l'hôpital. En cas de besoin, l'hôpital peut s'en faire des auxiliaires qui, au lieu d'encombrer les lieux, se rendront utiles en s'acquittant de tâches très simples.

The staff of a hospital forms a pyramid with a few skilled people at its apex and many pairs of unskilled hands at its base. The composition of this „staff pyramid” is critically important, and, ideally, each of its layers should be properly proportioned and carefully related, both in quality and quantity, to the work the unit is expected to do. The „skill gradient” of this staff pyramid, which at its simplest passes from the doctor through medical assistants and dressers down to the sweepers at the bottom, is often top heavy – a few grossly overworked skilled people at the top and many untrained and comparatively idle hands at the bottom. To make the most of the human resources available, this skill gradient must become more even, and only continued teaching will achieve it. There has to be a constant striving to „push tasks down the pyramid”, so leaving the staff at the top free to make the most of those skills which, by their very complexity, they cannot pass on.

It may be helpful to keep in mind that medical work is partly a handicraft and partly a function of critical brains.

Technical skills are very apt to be pushed down the pyramid. For brains learn by looking on, then by helping and next by doing under guidance, until one finally works alone.

Technical-school education can be easily based on a primary-school level, or even less. This is not only true for carpentry, but also for techniques of diagnostical observation such as taking a blood-pressure, as well as for complicated surgical interventions as a caesarian section, a herniotomy or a vacuum-extraction. Routine-jobs are the best to transfer, for they are time consumers at the top, and pupils need routine to perfect their training.

Critical reflection, as needed for a balanced decision between diagnostical possibilities and for a balanced choice of treatment, is a more complex matter. In this field, training below an academic level is difficult.

At different levels of the pyramid, complementary parts of the same work can be done. Team spirit is essential to obtain good results. Every member of the team should be trained to immediately recognize alarm signals from the desperately ill, such as the symptoms of shock and dehydration. For only then, the habit to push tasks down can be swiftly interrupted by pushing them up in case of danger.

Le personnel d'un hôpital est comme une pyramide qui a quelques experts très compétents à son sommet et une foule inexperte à sa base.

La composition de cette pyramide est grosse de conséquences et, de façon idéale, il faudrait qu'à chaque échelon le personnel soit exactement proportionné et parfaitement adapté, tant en qualité qu'en quantité, au travail qu'on attend de lui.

Pour la compétence, cette pyramide du personnel qui, en gros, va du médecin, en passant par les assistants et auxiliaires médicaux, jusqu'aux balayeurs de cour à la base, montre souvent une image inversée: quelques personnes compétentes et surmenées au sommet et un grand nombre de gens peu au courant et relativement oisifs à la base. Pour tirer le maximum du personnel disponible, il faut que ce déséquilibre disparaisse et le seul moyen pour y arriver est un enseignement régulier. La tendance générale et constante devra être de „faire descendre les tâches le long de la pyramide”, afin de libérer le personnel au sommet et lui permettre de mettre à profit cette expérience qui, par sa complexité même, n'est pas transmissible.

Il peut être utile de se rappeler que la pratique de la médecine est en partie un travail manuel et en partie un travail intellectuel.

On a tendance à reléguer au bas de la pyramide les différentes formes de la dextérité technique. Car on apprend celle-ci en regardant faire d'abord, puis en aidant, ensuite en faisant soi-même le travail sous la surveillance d'un maître, jusqu'à ce qu'enfin on arrive à travailler tout seul. Pour apprendre ces techniques, le niveau de l'école primaire, ou même moins, pourrait suffire. Cela est vrai non seulement pour la menuiserie, mais aussi pour les techniques de l'observation diagnostique, telles la mesure de la tension artérielle jusqu'aux interventions chirurgicales plus compliquées, comme la césarienne ou l'extraction par vacuum. Il vaut mieux laisser aux élèves les travaux routiniers, car ils surchargeraient le haut de la pyramide, et, d'autre part, les élèves ont besoin de routine pour se perfectionner.

La science et le jugement, qui sont nécessaires pour établir un diagnostic et arrêter un traitement approprié, sont choses plus difficiles et ne sauraient s'acquérir sans une formation universitaire.

Les parties complémentaires d'un même travail peuvent être faites à des niveaux différents de la pyramide. L'esprit de groupe est une condition essentielle pour obtenir de bons résultats. Chaque membre du groupe

MUD-WATTLE, DIELDRIN AND WHITEWASH

PISÉ DE TERRE, DIELDRINÉ ET PLATRÉ



Schoolchild examination, Malaya

Examen des écoliers en Malaisie

Cheap building is one of the keys to making medical care more widely available in developing countries where capital is so critically scarce. If the need for cheap buildings is great, how is the cost of buildings compared and what order of difference separates a cheap building from a costly one?

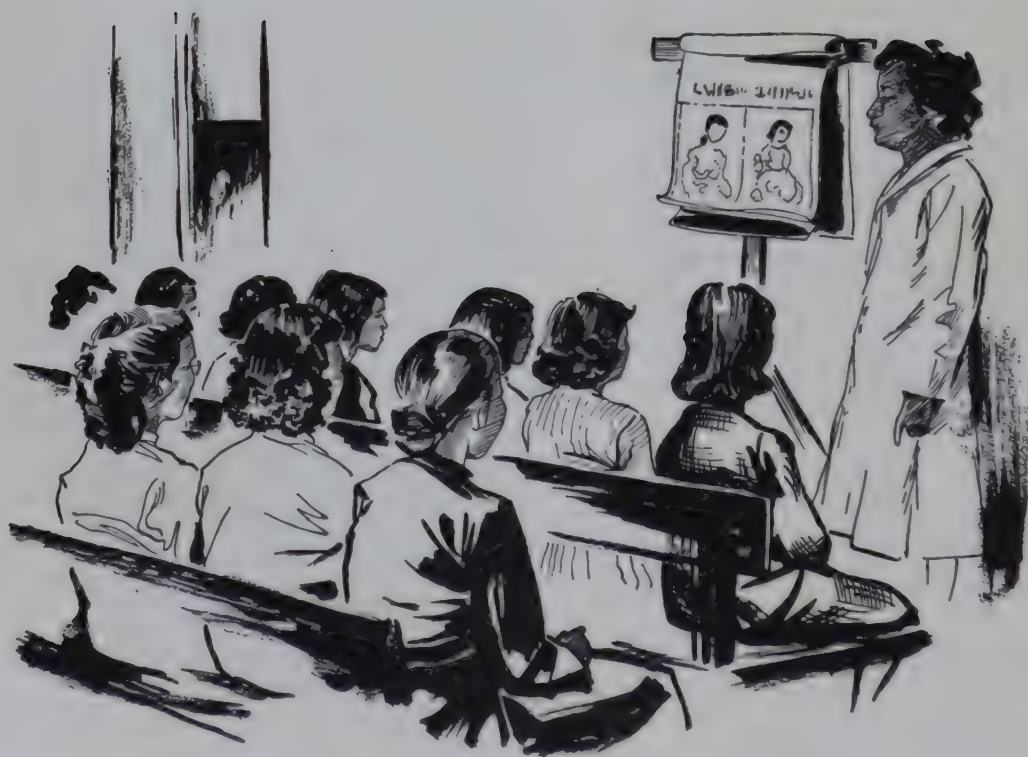
Expensive buildings in Uganda cost about 60 sh. or more a square foot, and average ones of conventional pattern about 40 sh a square foot. Some mission hospitals manage to build in burnt brick for as little as 10 sh. a square foot. When unburnt bricks, „pisé de terre” or „mud-and-wattle-and-whitewash”, are used even cheaper buildings can be constructed. Satisfactory structures of this kind can sometimes be built even for as little as 5 sh. a square foot. Even when untreated good mud walled buildings can last fifteen years and more. Nobody yet knows how long they will last if they are protected from termites by the incorporation of a residual insecticide actually in the walls and the foundations beneath them. It is likely however that insecticides like Dieldrin have completely changed the economics of cheap buildings, which can now be expected to last very much longer. Not only can Dieldrin be used with mud-and-wattle, it can also be used with „pisé de terre”, and stabilized earth, etc. The local pest control firm will provide the necessary Dieldrin for these operations, its cost on a new building being only 0.30 sh per square foot. As it is underneath the floor and the foundations no harm can come from its toxic effects, while it is so stable that it protects the building above indefinitely.

La construction à bon marché est un des moyens qui permet de mettre à la disposition des pays en voie de développement, où les capitaux sont rares, des services médicaux plus nombreux. Si le besoin de constructions à bon marché est grand, quel est, par comparaison, leur prix, et de quel ordre est la différence de prix entre une construction bon marché et une construction onéreuse.

En Ouganda, les constructions luxueuses coûtent environ 60 shillings ou plus le pied carré et les constructions moyennes, du type traditionnel, environ 40 shillings. Certains hôpitaux missionnaires, construits en briques, n'ont guère coûté plus de 10 shillings le pied carré. Moins chères encore sont les constructions en pisé de terre ou en torchis. On arrive même à construire des bâtiments satisfaisants de ce genre pour à peine 5 shillings le pied carré. Même sans traitement préalable des constructions en torchis de bonne qualité peuvent durer 15 ans et plus. On ne sait pas encore au juste combien de temps ils peuvent résister si on les protège des termites en incorporant un insecticide dans les murs et dans les fondations. Il est d'ailleurs probable que les insecticides, comme le Dieldrin, aient complètement changé l'économie des constructions à bon marché, qui sans doute résisteront beaucoup plus longtemps. Le Dieldrin peut servir non seulement pour le torchis, mais aussi le pisé de terre et autres amalgames. L'agence locale de distribution de pesticides peut fournir la quantité de Dieldrin nécessaire pour cette opération au prix modique de 0.30 shillings le pied carré pour un bâtiment neuf. Comme le produit se trouve sous le sol et dans les fondations, il n'y a aucun danger d'intoxication, et sa stabilité est telle qu'il protège l'édifice quasi indéfiniment.

INCIDENTAL HEALTH EDUCATION

L'ÉDUCATION SANITAIRE INCIDENTELLE



All existing health facilities and staff can and should be used. The hospital has been little used as a teaching setting in the past, though it contains four keys areas:

The children's wards. If the mother is in hospital with her child she is in a responsive state, pleased to see the child recovering from his illness, and anxious to learn how to keep him well.

The children's outpatient department is usually so crowded and noisy that little teaching about health can be done.

The *prenatal clinic* is a most valuable focus for health education related to the mother's health, her safe delivery, the newborn infant, and the pre-school child.

The *prematurity unit* provides an opportunity for more prolonged teaching of the mother, while she stays near to her baby.

Other opportunities for influencing the health of the pre-school child occur through *health centres and dispensaries*.

Home visiting, when it is possible, provides an ideal setting for practical education through advice and demonstration.

The private practitioners may or may not act as allies in the effort to spread the necessary knowledge about the needs of the pre-school child.

Nutrition rehabilitation centres are an important means of reaching the mother of the pre-school child, but so far few exist.

Tous les services de santé et tout le personnel disponibles peuvent et doivent être utilisés. Dans le passé, l'hôpital n'a guère servi de centre éducatif bien qu'il dispose des zones clefs suivantes:

Les salles des enfants. Si la mère accompagne son enfant à l'hôpital, elle est dans un état réceptif, contente de voir guérir son enfant et désireuse d'apprendre à le garder en bonne santé.

Le dispensaire des enfants. Il est en général si plein de monde et si bruyant qu'il est difficile d'y enseigner l'hygiène.

La clinique prénatale. Celle-ci, au contraire, est un endroit choisi pour enseigner l'hygiène: de la mère, de l'accouchement, du nouveau-né et de l'enfant en bas âge.

La salle des prématurés. C'est l'occasion d'instruire plus longuement la mère, pendant son séjour prolongé auprès de son bébé.

On trouve d'autres occasions pour influencer la santé de l'enfant préscolaire dans les *centres sanitaires et les dispensaires*.

La visite à domicile, si elle est possible, fournit le cadre idéal pour l'éducation pratique par les conseils et les démonstrations.

On ne peut pas toujours compter sur le concours des médecins de famille pour répandre les notions élémentaires sur les besoins des enfants en bas âge.

Les *centres de rééducation diététique* sont des intermédiaires importants pour atteindre la mère de l'enfant pré-scolaire, mais jusqu'à présent il n'en existe que fort peu.

EXPLORING THE HEALTH GAP

EXAMEN DU VACUUM SANITAIRE



Diagnosing meningitis, Niger

Le diagnostic de la méningite au Niger

We propose participation in a system of well-distributed comprehensive health care which is kept in pace with socio-economic transition in other fields. This means, that we give priority to the first fifty per cent of health care, which are cheap and therefore within reach of the poorer parts of the world; this in contradistinction to the last five per cent which are extremely expensive and in a foreseeable future only attainable for the affluent countries.

It is impossible to bridge the gap in socio-economic development of one or two centuries in a few decades; but it is possible to use present know-how and the many new tools of modern medicine to contract that gap. We have no objection to skip wheeled traffic if air transport can bring us quicker to our goals. We need the type of doctor representative of the second half of the twentieth century who is still able to be efficient in the pre-industrial era, even if it is yet close to the stone age.

It is not for this purpose that doctors are trained in the medical faculties of Europe. It has been called improper for a European doctor to omit special training before venturing into the different health conditions of the tropics. We distinguish sharply between traditional tropical medicine and the promotion of health in the tropics. The latter implies more than curative medicine, and even more than medical care alone.

There are about one dozen schools of tropical medicine in Europe which organize courses on these subjects. A review of their activities is given in **Tropical and Geographical Medicine**, 1967, Volume 19 no. 2.

Nous proposons notre participation à un système de soins médicaux bien répartis et compréhensifs, qui emboîte le pas à la transformation socio-économique dans les autres domaines. C'est dire, que nous donnons la priorité aux premiers 50% des soins médicaux, qui sont avantageux et par conséquent à la portée des pays moins favorisés; contrairement aux derniers 5%, qui sont extrêmement chers et auxquels, dans un avenir plus ou moins proche, seuls les pays riches pourront prétendre.

Il est impossible de combler en quelques dizaines d'années un écart de un ou deux siècles de développement socio-économique, mais ce qui est possible, c'est de réduire cet écart en faisant usage des connaissances et des nombreuses techniques nouvelles dont dispose la médecine moderne. Nous ne voyons pas d'inconvénient à abandonner les roues si l'avion nous amène plus rapidement près du but. Il nous faut des médecins du type deuxième moitié du XXe siècle, mais capables de faire face aux problèmes de l'ère pré-industrielle, même si celle-ci est proche encore de l'âge de la pierre.

Les facultés de médecine européennes ne préparent pas les médecins à ces tâches. On a prétendu qu'il était inadmissible qu'un médecin européen s'aventure dans les différents problèmes médicaux des pays chauds sans formation spéciale. Nous faisons une distinction formelle entre la médecine tropicale traditionnelle et l'oeuvre du relèvement de la santé dans les pays tropicaux. Celle-ci implique plus que la médecine curative, et même plus que des services médicaux sans plus.

Il y a environ une douzaine d'écoles de médecine tropicale en Europe, qui organisent des cours sur cette matière. **Acta Tropica** 1967, Volume 24, no. 2, donne un aperçu de leurs activités.

CLOSING THE HEALTH GAP

COMPLÉTER LES LACUNES SANITAIRES



Medical student on home leave, Liberia

Étudiant de médecine en vacances au Libéria

Sometimes decolonization seems to affect the system of medical care in new countries only very slowly. Even if there are medical schools it may still be the gospel of the faculties in industrialized countries which is preached. Or worse, autochthonous students are receiving their training in glamorous places overseas in the pious hope that they shall return to where their services are needed most, with the know-how tailored to their national needs.

A university is more than a federation of professional training courses. It is a symbol of self-assurance for those who perhaps hesitatingly proceed to take their own place in the world. A medical faculty is a cultural asset, geared to the health problems – physical, mental and social – of a particular nation.

For the majority of the new countries a medical school is no more a utopian dream. On the other hand it is seldom yet an efficient reality. It is here that our two-way traffic can use primary roads. Israel is now providing medical faculties in Africa with specialist-teachers, while autochthonous lecturers-to-be are gaining experience in Israel. Many other forms of co-operation, benefitting the two parties, have been materialized.

Research in the tropics so far has made impressive contributions to medicine. Recent examples are the Burkitt tumour in Africa and kuru in New Guinea. Most urgent, however, is applied or operational research in order to create the basic knowledge for medical care, and in the future it is a specific task for the autochthonous doctor.

Il semble parfois que la décolonisation n'influence que très lentement le système des services médicaux dans les pays neufs. Même là où il y a des écoles de médecine, il arrive qu'on s'en tienne aux dogmes professés dans les universités des pays fortement industrialisés. Ou pire, les étudiants autochtones vont suivre des cours dans de brillantes universités d'outremer, dans le vain espoir de revenir là où on a un si grand besoin de leurs services, avec connaissances théoriques et pratiques taillées à la mesure de leurs besoins nationaux.

Une université est plus qu'une fédération de cours de préparation professionnelle. Elle est un symbole de la confiance en soi pour ceux qui, avec hésitation peut-être, commencent à se faire une place dans le monde. Une faculté de médecine est un bien culturel ajusté aux problèmes de la santé – physique, mentale et sociale – d'une nation donnée.

Pour la plupart des pays nouveaux une école de médecine n'est plus un rêve utopique. Il est néanmoins rare que ce soit une réalité efficiente. C'est ici que le va-et-vient peut emprunter les routes prioritaires. Actuellement, Israël pourvoit les facultés de médecine en Afrique de professeurs spécialistes, alors que les futurs professeurs autochtones se spécialisent en Israël. De nombreuses autres formes de coopération, intéressantes pour les deux partis, sont déjà réalisées à présent.

Jusqu'ici, la recherche scientifique dans les pays tropicaux a énormément contribué au développement de la médecine. La tumeur de Burkitt, en Afrique, et le kuru, en Nouvelle Guinée, en sont des exemples récents. Mais ce qui presse surtout, c'est la recherche appliquée ou opérationnelle, qui fournira les données essentielles sur lesquelles baser les soins médicaux et c'est là, à l'avenir du moins, une tâche spécifique pour le médecin autochtone.

EMPLOYMENT CONDITIONS

LES CONDITIONS D'EMPLOI



A developing country is fortunate if it has as few as 15.000 persons for each of its doctors and can spend about 8 shillings per year per head on the medical care of its people. For the industrialized nations these figures are 500–1000 persons and 250–350 shillings. The comparison is only partly correct because wealthy countries spend large additional sums on the infra-structures of health. In addition, in poor regions there usually exists a striking inequality in distribution of doctors between urban and rural areas. It follows that an expatriate doctor is a very expensive commodity for the national budget of a poor country.

The present terms of employment often result in abortive spells of service, of functional instability of the jobs concerned, of wasteful re-iteration in gaining experience and of insufficient identification with the real problems. This is no way to produce the experts required.

We propose that in recruiting foreign doctors a business-like attitude is the only one to produce lasting results. One has to account for the lack of social securities of the wealthy countries, the prospects of family and children, the necessity of returning to the homeland at some time and the high over-head expenses of the appointments.

Medicus Mundi has proposed that doctors while overseas shall be paid by local funds according the local government scales, but that all costs involved in expatriation shall be borne by homeland sources.

In this respect it would be extremely useful in any country if both government technical assistance authorities and voluntary agencies agreed on a uniform policy.

Un pays en voie de développement peut s'estimer heureux s'il n'y a que 15.000 personnes pour chacun de ses médecins et s'il peut dépenser environ 6 u. fr. français par an par personne pour les soins médicaux de ses habitants. Pour les pays industrialisés, ces chiffres sont: 500 à 1000 personnes et 200 nouveaux francs. Cette comparaison n'est correcte qu'en partie, car les pays riches dépensent des sommes supplémentaires importantes pour les infrastructures sanitaires. En outre, dans les contrées pauvres, la répartition des médecins dans les centres urbains et les régions rurales est, en général, d'une inégalité frappante. Il s'ensuit qu'un médecin étranger représente un luxe excessivement cher pour le budget national d'un pays pauvre.

Les conditions actuelles de travail résultent souvent en services prématurément interrompus, en instabilité fonctionnelle du travail, en répétitions inutiles d'expériences déjà faites et en une identification insuffisante avec les problèmes réels. Ce n'est pas là un moyen pour former les experts dont on a besoin.

Nous estimons que si on veut obtenir des résultats durables le recrutement des médecins étrangers doit se traiter comme une affaire. Il faut tenir compte de l'absence de famille et d'enfants, du rapatriement et des frais généraux élevés que comporte la fonction.

Medicus Mundi a suggéré que, pendant leur séjour outremer, les médecins soient payés par les fonds locaux, suivant les barèmes gouvernementaux locaux, mais que le pays d'origine se charge de tous les frais d'expatriation.

Si, dans chaque pays, les autorités gouvernementales d'assistance technique se mettaient d'accord avec les organismes privés pour uniformiser leur politique à cet égard, cela faciliterait beaucoup les choses.

TO THE FUTURE OVERSEA DOCTOR

AU FUTUR MÉDECIN D'OUTRE-MER



Cross-cultural shock I, Lesotho

Un choc culturel I, Lesotho

Start considering the possibility of a period of service in the developing countries while still a student, as part of the general planning of a career.

Make the most of the opportunities provided by the years after internships are completed.

Find out as much as you can about the job, the people, the place and if possible your colleagues, before you go. It won't be possible to follow the golden rule never taking a job before inspecting it, and the completely perfect post is unlikely to turn up. Perhaps in the end it may be best if it does not, but to be forewarned is to be forearmed, and it will be for a limited period only.

Make the most of your talents. If these be academic look for a lecturership, or a post with one of the research organisations. Don't be put off by the thought of surgical responsibilities for which you have never been trained. See to it that you spend your last year home or your first few months abroad where there is someone at hand to teach you the essential surgery and obstetrics. Be comforted by the thought that, though you may not be expert, it is likely to be you or nobody, and most patients will still prefer you.

For a time you will be leaving your own culture, and many of the influences, which have produced and now maintain present standards and values, will no longer be operating, so be watchful. Try to go abroad married; the tropics are still not much of a place for the celibate (except when firmly organized), and they are in many ways suited to those with young families.

Be prepared to go where you are wanted most, this is more likely to be the rural areas than the capital city.

Commencez, pendant que vous êtes encore étudiant, à penser à la possibilité d'une période de service dans le pays en voie de développement comme faisant partie du plan général d'une carrière.

Profitez autant que possible des occasions qui s'offrent à vous pendant les années qui suivent l'internat.

Avant de partir, renseignez-vous sur le travail, les gens, l'endroit et, si possible, vos collègues. Vous ne pourrez pas suivre la règle d'or qui veut qu'on n'accepte jamais un travail sans vérifier sur place, et le poste parfait sous tous les rapports est aléatoire. Il vaut peut-être mieux, en fin de compte, qu'il en soit ainsi, mais un homme prévenu en vaut deux et, de toute façon, ce n'est que pour un temps limité.

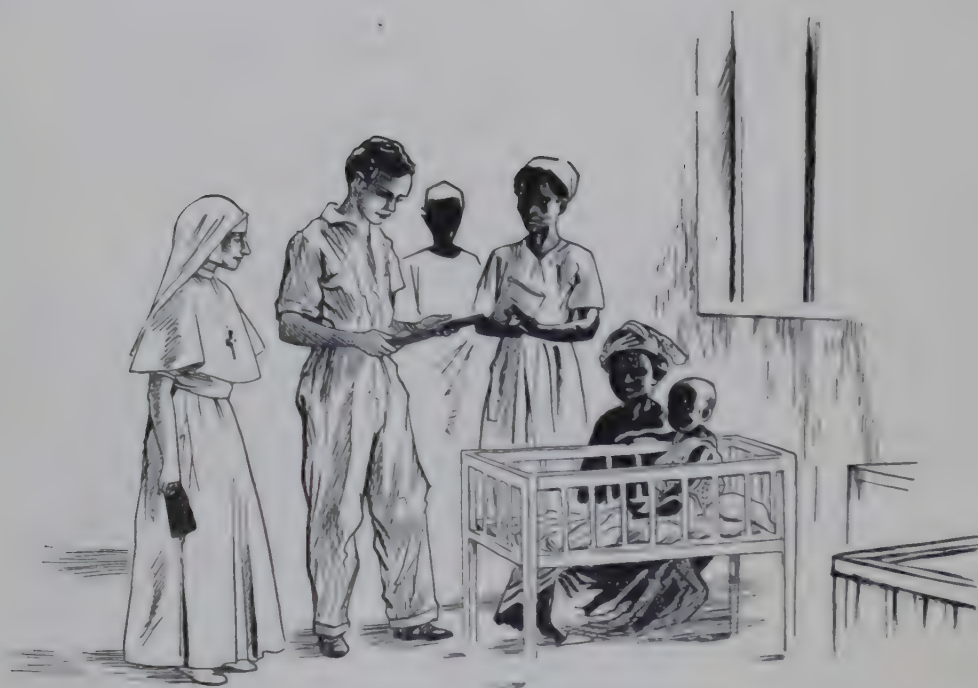
Tirez le meilleur parti de vos talents. Si votre idéal est scientifique, cherchez une place de professeur ou un poste dans une des organisations de recherche scientifique. Ne vous laissez pas effaroucher par l'idée des responsabilités chirurgicales pour lesquelles vous n'avez pas été préparé. Arrangez-vous pour passer votre dernière année chez vous, ou vos premiers mois à l'étranger, là où quelqu'un puisse vous apprendre les éléments de la chirurgie et de l'obstétrique. Consolez-vous à l'idée que, bien que vous ne soyez pas un expert, c'est vous ou probablement personne qui ferez le travail, et la plupart des malades n'hésiteront pas choisir à vous.

Vous allez quitter pour un temps votre propre milieu culturel, et maintes influences, qui engendrèrent et maintenant soutiennent les normes et les valeurs acquises, cesseront d'agir: soyez donc vigilant. Tâchez de partir marié; les pays tropicaux sont encore toujours des pays peu recommandables pour les célibataires (à moins qu'ils ne soient solidement organisés), et, à différents égards, ces pays conviennent fort bien aux jeunes ménages.

Soyez prêt à aller là où on a le plus besoin de vous; il y a beaucoup de chances pour que ce soit dans les régions rurales plutôt que dans la capitale.

TO MANAGERS OF PRIVATE OVERSEA HOSPITALS

AUX DIRIGEANTS D'HOPITAUX PRIVÉS OUTRE-MER



d'enseigner ceux qui vous avez. Au trop grand nombre de malades la décentralisation et la sélection. Faites vos plans en plain accord avec les planificateurs. Évitez tout double emploi. Étendez vos soins et multipliez es pour combler les brèches. Saisissez chaque occasions pour faire l'éducation sanitaire. Prenez votre part dans la lutte contre la tuberculose et la lèpre. Faites tâche d'huile et ne bâtissez pas un château et surtout pas un château en Espagne.

A doctor in the rural areas of the tropics often feels like sitting near an unguarded level crossing and receiving only victims of preventable railway accidents. He is the repairman repairing what is bound to go wrong again. The accidents are many and he has only two hands to help with. Then comes the hospital, especially the missionary-hospital, to multiply his hands and to relieve suffering on a grand scale.

A hospital, as we know nowadays, is a very sophisticated and expensive institution, which required a century and a half in increasingly prosperous societies to reach its present standards. Such a hospital and its specialized staff cannot simply be transplanted to an environment, which did not yet share that degree of increasing prosperity.

We have to rethink its function and its structure for the developing situation. This is what has been stressed, among many other aspects related to health promotion, in the preceding pages. Our aim is how to find the most efficient ways to improvement of health and so to community development. How to use best simple buildings, limited funds and scarce staff at our command. In short to illustrate how a conscientious and scientific medicine of poverty has to work.

In many instances one has the impression that private hospitals have used their talents of head and heart too much to the advantage of the individual patient and insufficiently to the progress, in health respects, of his environment. They also have a responsibility – who else is at hand? – for the first fifty per cent of health which are cheap and not only for the expensive last five per cent.

The answers are clear. The solution to understaffing is teach what you have, to overcrowding, screen, decentralize. Plan in accordance with the planners. Never duplicate. Extend and multiply your care to fill the gaps. Use every opportunity of health education. Have a share in control measures especially for tuberculosis and leprosy. Co-operate. Integrate! Use the multidisciplinary approach. Aim at comprehensive health care. Be a grease spot, not a castle and certainly not a castle in Spain.

Dans les zones rurales des pays tropicaux, le médecin a souvent l'impression de se trouver devant un passage à niveau non gardé pour recueillir les victimes des accidents de chemin de fer qui auraient pu être évités. Il est l'homme qui répare ce qui, inévitablement se va briser de nouveau. Les accidents sont nombreux et il ne dispose que de ses deux mains pour porter secours. C'est ici qu'intervient l'hôpital, et plus spécialement l'hôpital missionnaire, pour l'aider à soulager les souffrances à grand renfort de mains.

Un hôpital, tel que nous le connaissons aujourd'hui, est une institution très sophistiquée et très onéreuse qui, dans une société de plus en plus prospère, a mis un siècle et demi pour atteindre son niveau de perfectionnement actuel. Un hôpital de ce genre, et son état-major de spécialistes, ne peut être transplanté purement et simplement dans un milieu qui n'a pas monté les degrés de l'échelle.

Nous devons donc remettre en question sa fonction et sa structure pour les adapter à la situation nouvelle. C'est ce que, parmi de nombreux autres aspects concernant les soins médicaux, nous avons essayé de faire dans les pages précédentes. Notre but est de trouver les voies et les moyens les plus efficaces pour promouvoir le développement communautaire par l'amélioration de la santé publique, de chercher à tirer le meilleur parti des bâtiments modestes, des fonds limités et d'un personnel insuffisant. En un mot, de chercher les moyens d'organiser un système de soins médicaux consciencieux et éclairé, dans un milieu pauvre.

On a souvent l'impression que les hôpitaux privés ont consacré tous leurs talents de cœur et d'esprit à soigner le malade, sans trop s'occuper de l'amélioration, du point de vue sanitaire, de son milieu. Sur eux aussi repose la responsabilité (sur qui sinon?) – des premiers 50% de santé à bon compte et pas seulement des derniers 5% qui coûtent gros.

Les réponses sont claires. La solution pour se parer contre le manque de personnel est

COOPERATION IN DEVELOPMENT

LA COOPÉRATION AU DÉVELOPPEMENT



Health Centre, Samoa

Centre sanitaire rurale, Samoa

It is impossible to conceive improvement in the economic standards of the pre-industrialized countries without extensive measures intending promotion of health. If one really demands that such a transition be accelerated new and vigorous approaches are necessary.

Health promotion is an essential part of all programmes in less developed areas aiming at a balanced development, with due respect to the rights and the dignity of the human person.

Medical care is usually more acceptable to individuals and to communities than any other agent affecting personal life and habits. Concern regarding health can serve as an introduction to many ways of social and economic change.

Many functions can contribute to a more just distribution of health. Not only is the practice of medicine in a poor tropical environment important; health administration, teaching and training and research are equally valuable. An expatriate doctor may serve in multi-lateral schemes such as with the World Health Organization, or in bilateral ones between particular nations. Functions with national governments are helpful, but so are staff-functions required for missionary hospitals which in some countries provide nearly half of the medical care available.

If doctors are operational in promoting any aspect of public health and development they should be allowed to qualify for subsidy from technical assistance funds. We feel that development aid is a national affair and that valuable voluntary realisations should be stimulated wherever they are found. An oversea allowance is an inexpensive way to make doctors available and to promote their long-term service.

Il est impossible de concevoir la montée d'un pays au niveau des pays industrialisés sans une élévation concomitante du standing sanitaire. Si l'on veut vraiment accélérer le progrès, il faut également envisager de prendre des mesures nouvelles et audacieuses dans le domaine de la santé.

Le relèvement de la santé est un aspect essentiel de tout projet concernant les régions à développer, conçu dans le respect des droits et de la dignité de la personne humaine.

Le soin du malade est généralement la première intervention qui, bien qu'affectant le mode de vie et les habitudes d'un pays, soit acceptée par les individus et les communautés. Elle reste la meilleure introduction à tout progrès économique et social.

Toutes les fonctions qui peuvent mener à une distribution plus juste des soins sanitaires sont intéressantes; que ce soit la pratique en milieu tropical ou l'organisation, l'enseignement ou les recherches. Le cadre peut être multilatéral, comme dans les fonctions de l'O.M.S., bilatéral, entre des nations particulières, gouvernemental, dans des fonctions des gouvernements nationaux, mais aussi dans celles du personnel requis pour des hôpitaux de mission qui, en certains pays, assurent presque la moitié des soins médicaux.

Les médecins, qui contribuent de façon adéquate à la Santé Publique, c'est-à-dire au développement, devraient aussi recevoir des subsides des fonds de l'assistance technique. Nous nous rendons compte que l'aide au développement est avant tout une affaire nationale, mais que les réalisations valables devraient être stimulées là où on les trouve. Une rémunération compensatoire est une manière peu coûteuse de recruter les médecins et les encourager en vue d'un service à long terme.

REALISATION OF A NEW APPROACH

ENGAGEMENT DANS DE NOUVELLES VOIES



EDITORIAL

The bold definition of health by the World Health Organization would have seemed empty idealism in the first half of the present century. But the many new ways to combat infectious diseases, the explosive development of medicine in recent years, and the new independence of nations open new perspectives.

Physicians of European origin in the tropics no longer serve in assignments framed by a colonial authority or with employers of the same nationality. The working conditions of the missionary societies have changed. The development of health in an emerging country demands international co-operation, co-ordination, integration, insight into cultural differences and into structures of economic transition.

Our aim was to explore the ways, and to define the rules, by which a christian physician can participate in such progress. We require an international frame which is concerned with the training of the expatriate doctor, the conditions of his employment, the nature of his work and the interests of his family.

Therefore an organization like Medicus Mundi is needed which can establish good relations with national and international agencies for technical assistance and especially with voluntary agencies, with a christian point of view, contributing to the promotion of health.

H. A. P. C. OOMEN

Amsterdam, november 1968

La définition hardie de la santé présentée par l'Organisation Mondiale de la Santé reste une gageure en notre siècle de lutte victorieuse contre les maladies infectieuses, de développement prodigieux de la médecine et de perspectives nouvelles ouvertes sur une solidarité mondiale.

Le temps des médecins européens, qui exerçaient leur art sous les tropiques au service d'une autorité coloniale ou d'employeurs de leur propre nationalité, est dépassé. Les méthodes de travail des sociétés missionnaires ont également bien évolué. Le relèvement de la santé dans les pays en voie de développement requiert la coopération internationale, la coordination parfaite des activités médicales, leur intégration dans un contexte total, l'attention pour les valeurs culturelles et l'évolution socio-économique du pays.

L'objet de nos recherches était de découvrir la voie qu'il faut suivre et de définir les normes qui s'imposent à un médecin chrétien désireux de participer à cet effort. Nous avons besoin d'un cadre qui prenne à coeur les intérêts du médecin qui s'expatrie: sa préparation, les conditions de travail et la nature du travail qui lui est proposé, et aussi ses intérêts familiaux.

A ce but une organisation comme Medicus Mundi est nécessaire a fin d'établir des relations utiles avec les organismes tant nationaux qu'internationaux pour l'assistance technique, et en partculier avec les organismes privés d'inspiration chrétienne qui travaillent dans le domaine de la promotion de la santé publique.

H. A. P. C. OOMEN

Amsterdam, novembre 1968

WHAT IS MEDICUS MUNDI?

It is a modern international organisation for whom CHRIST IS THE MEDICUS MUNDI. It is open to physicians and paramedical personnel interested in the promotion of health as part of the comprehensive development of every nation.

The distinctive characteristics of the association are:

- the field of action: the developing countries
- the main interest: medical service for all people;
- the aim: the integration of medical care in community development.

MEDICUS MUNDI IS

- a system of national offices with an international central office for documentation and socio-medical information about the emerging countries;
- a permanent service for recruitment and support assuring its members reasonable conditions of employment;
- an agency coordinating the available personnel with the demands by correctly appreciating the medical needs of developing countries.

QU'EST-CE QUE MEDICUS MUNDI?

C'est une association internationale moderne, pour qui le CHRIST EST LE MEDICUS MUNDI, ouverte aux médecins et au personnel para-médical, qui désirent participer aux efforts pour la promotion de la santé au sein du développement harmonisé de toute nation.

Trois formules la définissent:

- son secteur d'intérêt: les pays en voie de développement;
- sa préoccupation première: une médecine au service de tous;
- son orientation: l'intégration de l'action médicale dans le développement communautaire.

MEDICUS MUNDI SE PRÉSENTE:

- comme un réseau de secrétariats nationaux qui, en collaboration avec le secrétariat international, constituent un bureau de documentation et d'information sur la situation médico-sociale des pays en voie de développement;
- comme un service permanent de recrutement et de soutien, garantissant à ses membres des conditions d'emploi valables;
- comme un centre de coordination entre l'offre et la demande de cadres médicaux pour la mise en place des personnes capables de contribuer au développement sanitaire des pays du Tiers-Monde.

MEDICUS MUNDI

International Organization for Medical Cooperation
Organisation Internationale pour la Coopération
Médicale

MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL

5060 Bensberg b. Köln Hauptstrasse 10 Tel.: 02204/2995

*Useful addresses:**Adresses utiles:***GERMANY – ALLEMAGNE****MEDICUS MUNDI DEUTSCHLAND**

5060 Bensberg b. Köln Overatherstrasse 21–23
 tel.: 02204/1851

BELGIUM – BELGIQUE**MEDICUS MUNDI BELGIË**

Brussel – 4; 5, Guimardstraat tel.: 11.10.06

NETHERLANDS – PAYS-BAS**MEDICUS MUNDI NEDERLAND**

van Schaeck Mathonsingel 4, Nijmegen
 tel.: 08800-58711 toestel 2059

FRANCE – FRANCE**MEDICUS MUNDI FRANCE**

14, rue d'Assas, Paris VIe, tel.: 548.65.47

IRELAND – IRLANDE**MEDICUS MUNDI IRELAND**

Irish International Medical Service
 Drogheda/Co Louth,
 Our Lady of Lourdes Hospital

AUSTRIA – AUTRICHE**MEDICUS MUNDI ÖSTERREICH**

Währingerstrasse 2–4, Wien IX.

SPAIN – ESPAGNE**MEDICUS MUNDI en ESPAÑA**

Calle Mallorca 235, 3º, 1º Barcelona.

ALGERIA – ALGÉRIE**Secrétariat MEDICUS MUNDI**

c/o Caritas Algérienne
 5 Reu Cap. Nourredine Mennani.

KOREA – CORÉE**(membre correspondant)**

Catholic Medical Center
 1 2-ka Myong-Dong, Chung Gu, Seoul.

COMMUNITY HEALTH CELL
326, V Main, I Block
Koramangala,
Bangalore-560034
India

ACKNOWLEDGEMENT

Many of these texts and figures are derived from dr. King's book (p. 12); it may be worthwhile to find out which! Some other sources and authors are indicated. The special drawings are by Klaas Fernhout; those on pp. 16, 34, 36, 48, 50, 52, 54 and 60 are after photos of the W.H.O. Pp. 62 and 63 refer to the first brochure of Medicus Mundi International.

HOMMAGE

Un bon nombre de ces textes et figures relève du livre du dr. King (p. 12); nous recommandons de rechercher lesquels! Dans des cas spéciaux on a nommé l'autorité. Les croquis sont de la main de Klaas Fernhout; ceux des pp. 16, 34, 36, 48, 50, 52, 54 et 60 sont effectués d'après des photos de l'O.M.S. Aux pp. 62 et 63, on a repris un texte de la première brochure de Medicus Mundi International.

MEDICUS MUNDI

